

ANNALES

DES MALADIES

DE L'OREILLE, DU LARYNX

DU NEZ ET DU PHARYNX

Publiées par

M. LANNOIS — P. SEBILEAU

H. BOURGEOIS — F.-J. COLLET — E. ESCAT

P. JACQUES — G. LAURENS

L. BALDENWECK — G. CANUYT — J. TERRACOL

RÉDACTEUR EN CHEF

A. HAUTANT

Avec la collaboration de

A. BLOCH — L. DUFOURMENTEL — M. JACOD

J. LE MÉE — A. MOULONGUET — J. RAMADIER

Tome XLIX — N° 9 — Septembre 1930

MASSON ET C^{ie}, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

OPODERMYL

POMMADE A BASE D'EXTRAITS CUTANÉS
ET EMBRYONNAIRES

Cicatrisant idéal. Toutes dermatoses même aiguës

IMPÉTIGO DES NARINES
ET DU PAVILLON DE L'OREILLE

Échantillons : BENSIMON, 36, rue des Martyrs - PARIS 9^e

Ets G. DUFLLOT (Anc^{ne} Maison LÉZY)
Constructeur

Métro : GLACIÈRE 17, Rue Maurice-Mayer - PARIS (13^e) Tél. : Gob. 07-68



Le COMBINOSTAT : Appareil universel du praticien pour : CAUTÈRE, LUMIÈRE, MASSAGE, CHIRURGIE, AIR CHAUD, INSUFFLATION, ASPIRATION, GALVANIQUE (sans pulsations), FARADIQUE, etc...

DIATHERMIE : " UNIVERSEL STANDARD " pour toutes applications en DIATHERMIE et TENSION ; donne l'étincelle et l'effluvation froides.

ULTRA-VIOLET : La lampe L. D. G. spécialement étudiée et conçue pour les applications locales et intra-cavitaires de l'ultra-violet en O. R. L.

Toutes notices et renseignements sur demande

NÉS

s

IS 9°

EZY)

07-68

du
RE,
UD,
VA-
c...

EL
ions
anne

G.
les
de

ande

MÉMOIRES ORIGINAUX

RÉFLEXE ŒSOPHAGO-VASOMOTEUR

Par F. J. COLLET

J'ai déjà étudié ce phénomène il y a huit ans : il s'agissait d'une fille de 19 ans qui avait tenté de se suicider en avalant de l'ammoniaque et qui avait deux rétrécissements de l'œsophage, dont l'inférieur, serré, siégeait à 0,30 de l'arcade dentaire. Elle présentait une salivation abondante au point qu'on ne put jamais pratiquer l'œsophagoscopie en position assise. De plus, je fus frappé de la rougeur de la face qu'elle présentait à la sortie de la salle d'opérations après chaque séance de dilatation, rougeur qui persistait encore un quart d'heure après la cessation de celle-ci. Quand j'appelai son attention sur ce point, elle me dit qu'elle devenait rouge à chaque repas, pendant qu'elle avalait (avec difficulté) les aliments, mais qu'elle rougissait moins cependant depuis qu'elle avalait mieux. J'entrepris alors l'étude méthodique du phénomène (1).

Chez cette première malade la vaso-dilatation était infiniment plus prononcée que chez celle dont je rapporte aujourd'hui l'histoire détaillée : c'était une rougeur intense de la face et des oreilles, en même temps que se dessinaient sur la poitrine des taches dont l'ensemble figurait un large papillon aux ailes couvrant les seins, alors que sa partie moyenne répondait au sternum ; la rougeur était aussi très marquée sur les bras, infiniment moins sur les avant-bras ; elle s'accompagnait d'hypersécrétion salivaire (jusqu'à 410 centimètres cubes par séance) avec gonflement des glandes, d'accélération du pouls et d'hyperhydrose palmaire, mais sans modifications pupillaires. Le phénomène s'installait progressivement, par flots d'abord espacés, puis confluent, très différents de la rougeur diffuse quelquefois observée après les secousses de toux et les efforts de vomissement que peut éventuellement provoquer le cathétérisme œsophagien. Il durait plus d'une demi-heure, après quoi il disparaissait, même la sonde dilatatrice restant en place. J'avais conclu, non à une excitation directe de la chaîne ou des ganglions du sympathique par compression, mais à une action réflexe, ce qui s'accordait mieux avec l'absence de mydriase.

J'ai constaté bien souvent depuis une vaso-dilatation des téguments de la partie antérieure du thorax au cours de la dilatation de l'œsophage,

(1) Voir *Bulletin de l'Académie de Médecine*, juillet 1922 (Note présentée par M. Hallion). L'observation détaillée se trouve dans le *Journal de Médecine de Lyon*, 20 août 1924, p. 474.

mais certaines conditions sont nécessaires pour qu'on l'observe avec le maximum de netteté : le jeune âge du sujet, le sexe féminin, la finesse de la peau, peut-être aussi le terrain névropathique ou un état d'excitabilité du sympathique très variable avec les sujets.

En janvier dernier, entré dans mon service une jeune fille qui présentait plusieurs rétrécissements cicatriciels de l'œsophage.

Fr. Simone, 19 ans, couturière, entrée le 6 janvier 1930. Il y a un mois et demi, ingestion d'une cuillerée à soupe environ d'acide sulfurique, qui a entraîné des vomissements sanguinolents, a fait un séjour d'un mois dans un service de médecine d'où elle m'est adressée.

Déglutition des solides impossible, dysphagie douloureuse même pour les liquides, salivation abondante. Amaigrissement de 7 kilos (poids : 45 kilos). Radioscopie après déglutition de pâte bismuthée : un premier rétrécissement vers la fourchette sternale ; un deuxième rétrocardiaque à la hauteur des oreillettes. Au niveau de ces deux rétrécissements la bouillie bismuthée s'étire comme un mince filament.

9 janvier. — Œsophagoscopie : rétrécissement à 0,23 de l'arcade dentaire ; je puis passer la sonde n° 18 qui pénètre jusqu'à 0,30 et qui est demeurée plus d'une demi-heure.

10 janvier. — Sans œsophagoscopie, une sonde 18 pénètre jusqu'à 0,40 ; 14 janvier : sonde 18 ; 16 janvier : sonde 20 ; 17 janvier, sonde 22 ; 18 janvier, sonde 25 ; 20 janvier, sonde 30 ; 21 janvier, sonde 34 ; 22 janvier, sonde 34. C'est seulement à partir de cette date qu'on s'est préoccupé d'étudier la vaso-dilatation.

23 janvier 1930. — 12 h. 6, application de la sonde n° 34 ; 12 h. 20, rien de net ; 12 h. 34, très légère rougeur dont la fourchette sternale représente le centre. Volume de la salive recueillie, 200 centimètres cubes.

24 janvier. — 12 h. 6, application de la sonde n° 35, qui passe à frottement dur ; 12 h. 26, les joues sont rouges, la gauche surtout ; le sternum et son voisinage sont couverts de petites taches disséminées. Volume de la salive, 200 centimètres cubes.

27 janvier. — Sonde n° 36.

28 janvier. — 12 h. 27, sonde n° 36 ; 12 h. 32, au-dessus des seins, taches disséminées recouvrant une surface large comme la main, quelques-unes au-dessous des seins ; 12 h. 35, les taches ont à peu près complètement disparu, sauf un peu au-dessus du sein droit ; 12 h. 37, disparition complète ; 13 h. 3, joues un peu rouges ; mais il y a eu quelques secousses de toux. Volume de la salive, 250 centimètres cubes.

29 janvier. — 12 h. 11, introduction de la sonde n° 36, sans aucune secousse de toux ; 12 h. 18, joues colorées : aucune éruption sur le thorax ; 12 h. 20, sonde n° 38 ; 12 h. 27, les seins et la région de l'appendice xiphoïde sont couverts de taches de la largeur de pièces de 0,50 ; quelques taches vers la fourchette sternale ; 12 h. 32, l'éruption a beaucoup pâli ; il persiste un petit pointillé sur les seins ; 12 h. 33, l'éruption est à peine visible ; 12 h. 37, volume de la salive, 200 centimètres cubes.

30 janvier. — Œsophagoscopie : après une courte lipothymie, vers 11 h. 55, j'aperçois le rétrécissement, et, en arrière, un large pertuis, sans œsophagite, sans rougeur appréciable ; 12 heures, sonde n° 38, à ce moment précis la malade fait remarquer qu'elle a la poitrine toute rouge : ce sont des taches riziformes allant d'un sein à l'autre, occupant à peu près uniquement leur moitié interne, s'étendant en hauteur de la fourchette sternale à l'appendice xiphoïde ; 12 h. 5, le phénomène se réduit à deux taches, l'une un peu à gauche de la ligne médiane, l'autre à la partie inférieure du sein droit ; 12 h. 10, les taches ont beaucoup pâli ; 12 h. 22, plus rien sur le thorax : joues colorées ; 12 h. 33, il ne persiste qu'une large tache, à contour polycyclique sur le sein gauche ; volume de la salive, 240 centimètres cubes.

31 janvier. — 12 h. 13, sonde n° 40 ; 12 h. 18, éruption sur les seins et la poitrine, en gros grains riziformes, occupant la partie supérieure des seins et s'étendant au-dessus, surtout à droite, avec rougeur des joues, pouls 120. Il n'y a eu aucune secousse de toux ; 12 h. 33, l'éruption a beaucoup pâli ; salive, 200 centimètres cubes.

1^{er} février. — 12 h. 10, sonde n° 40 (*comme hier*) ; 12 h. 16, rougeur des joues, à peine un petit placard au-dessus du sein droit ; 12 h. 50, à peu près aucune trace ; salive, 300 centimètres cubes ; pouls, 88 à 92.

3 février (c'est-à-dire après 48 heures). — 11 h. 55, sonde n° 40 ; 11 h. 57, salivation très abondante, à écoulement ininterrompu (une petite nausée, au début, ne s'est pas renouvelée par la suite ; joues rouges), une petite tache rouge à droite du sternum, ayant deux fois la grosseur de l'ongle ; 11 h. 59, pouls 120 ; 12 h. 5, l'aspect du tégument est celui de la rougeole, les taches riziformes s'étendant de la fourchette à l'appendice xiphoïde, mais respectant la partie externe des seins ; pouls, 116 ; 12 h. 10, pouls 124 : avec deux ou trois extrasystoles par minute ; l'éruption a beaucoup pâli, il n'en reste à peu près rien, mais les joues sont rouges comme au début ; volume de la salive, 230 centimètres cubes.

4 février. — Midi, pouls 104, sonde n° 40 ; 12 h. 7, pouls 120. Taches abondantes de la fourchette à l'appendice xiphoïde, y compris les seins et même sur leur partie externe ; 12 h. 14, pouls 128. Eruption encore plus accusée ; 12 h. 24, l'éruption persiste à la partie supérieure, bien qu'atténuée ; pouls 126 ; salive recueillie, 250 centimètres cubes.

5 février. — 12 h. 4, sonde n° 40 ; 12 h. 50, salive, 350 centimètres cubes.

6 février. — 11 h. 43, sonde n° 40 ; 12 h. 10, le thorax est encore un peu tacheté quand on enlève la sonde ; salive, 220 centimètres cubes. La malade déclare qu'elle avale très bien, mais toutefois qu'elle a la sensation d'un arrêt des aliments très bas.

7 février. — Sonde n° 40, laissée un quart d'heure en place ; salive, 100 centimètres cubes.

10 février. — 12 h. 1, sonde n° 40 ; 12 h. 6, éruption disséminée ; 12 h. 10, une tache de la longueur d'une pièce de 0,50 au-dessus du sein droit ; 12 h. 28, taches de dimensions diverses (2 francs à 0,50 et riziformes), surtout à droite.

11 février. — Sonde n° 40, rougeur diffuse ; salive, 150 centimètres cubes.

12 février. — Sonde n° 40 ; rougeur diffuse.

19 février. — L'attention appelée sur l'arrêt des aliments très bas, on a découvert un dernier rétrécissement au cardia. Je fais une œsophagoscopie suivie de dilatation du cardia ; rougeur diffuse de la poitrine très marquée.

21 février. — Application, au cardia, d'une sonde n° 25 ; 10 minutes plus tard, pas d'éruption.

22 février. — 12 h. 14, sonde n° 28 ; 20 minutes après, quelques taches disséminées à droite, presque rien ; salive, 90 centimètres cubes.

24 février. — Sonde n° 28, laissée plus d'une demi-heure ; taches disséminées ; salive, 180 centimètres cubes.

25 février. — 11 h. 20, sonde n° 28 au cardia ; 11 h. 27, une tache sous la clavicule gauche ; 11 h. 40, large tache sous la clavicule droite (intermédiaire entre une pièce de 5 francs et une pièce de 2 francs).

26 février. — Sonde n° 24 à 42 centimètres de l'arcade dentaire ; 10 minutes plus tard, rougeur diffuse, confluyente, occupant presque toute la poitrine, à droite surtout. La malade dit que cette application a été douloureuse.

27 février. — 11 h. 40, sonde n° 28 au cardia ; 12 h. 10, le sternum et le sein droit sont couverts de larges taches confluentes.

5 mars. — La malade a souffert quelques jours après la dilatation du cardia. Aujourd-

d'hui, après 20 minutes d'application de la sonde n° 28 au cardia, pas de rougeur appréciable.

6 mars. — 11 h. 55, sonde n° 27 ; 12 h. 20, absolument pas de rougeur ; peu de salive et non filante.

7 mars. — 11 h. 45, sonde n° 29 au cardia ; quelques nausées entraînant la rougeur de la face et du haut de la poitrine, pendant peu de minutes ; 11 h. 57, alors que la face est parfaitement normale, la poitrine est marbrée de taches rouges de la largeur d'un écu ; 12 h. 2, quelques taches riziformes ; 12 h. 5, éruption disparue ; salive, 150 centimètres cubes de salive moyennement filante.

8 mars. — 12 h. 7, sonde n° 29 bien au-delà du cardia ; 12 h. 25, une ou deux taches riziformes sous le sein droit.

10 mars. — 11 h. 45, sonde n° 30 enfoncée avec quelque difficulté, à frottement dur ; la poitrine (sternum et seins) se couvre d'une éruption rouge vif ; 12 h. 10, la sonde est enlevée ; salive, 200 centimètres cubes.

11 mars. — Sonde n° 30 au cardia ; un quart d'heure après larges taches rouges sur la poitrine et les seins, la joue gauche est également rouge.

12 mars. — Sonde n° 30 au cardia. Beaucoup de larges taches rouges.

13 mars. — Sonde n° 30 au cardia à 10 h. 45 ; 10 h. 50, la poitrine est complètement rouge ; 11 h. 5, ce n'est plus qu'un large piqueté, mais la face demeure rouge et la malade déclare qu'elle a très chaud à la figure ; 11 h. 10, salive recueillie, 150 centimètres cubes.

14 mars. — 12 h. 20, sonde n° 25 au cardia ; 12 h. 30, rien ; 12 h. 35, rien sur le thorax ni à la face, pouls 104 (contre 92) ; 12 h. 40, rien ; salive, 100 centimètres cubes.

15 mars. — 10 heures, sonde n° 31 au cardia ; 10 h. 5, rougeur de la poitrine, large et intense ; 10 h. 10, même rougeur, de plus, tache de la largeur de la main vers l'omoplate gauche et quelques taches sur le bras gauche.

18 mars. — 10 h. 55, sonde n° 30 ; 10 h. 59, toux, rougeur diffuse de la face ; 11 h. 5, quelques points seulement ; 11 h. 7, aucune trace.

19 mars. — Sonde n° 31 au cardia, sans difficulté, taches discrètes (5 francs et 2 francs) à droite.

20 mars. — Sonde n° 31. Peu de réaction. La malade déclare avaler beaucoup mieux.

1^{er} avril. — La sonde n'a pas été passée depuis quelques jours ; 12 h. 25, sonde n° 33 ; 12 h. 28, quelques taches un peu partout, sur la face antérieure du thorax, mais peu larges ; 12 h. 29, aucune tache dans le dos, une seule, sur le bras, a disparu rapidement ; 12 h. 32, surviennent quelques nausées et efforts de vomissement qui amènent une rougeur diffuse et non le retour des taches. Rien dans le dos ; salive à 100 centimètres cubes.

8 avril. — Sonde n° 34, à peine une petite tache sur le sein gauche.

5 mai. — Pendant mon absence la malade a été régulièrement dilatée, mais on ne lui a pas passé de sonde depuis 10 jours ; 12 h. 20, sonde n° 36 ; 12 h. 24, aucune rougeur du thorax ; 12 h. 27, rien ; 12 h. 30, rien, peu de salive ; 12 h. 35, rien ; 12 h. 40, poids de la salive, 100 centimètres cubes.

Analyse de la salive recueillie le 5 février.

(D^r FOUILLOUZE, pharmacien en chef de l'Hôpital de la Charité).

Caractères physiques. — Liquide à peu près incolore avec quelques trainées blanchâtres, fortement filant, peut s'étirer en fils très fins pouvant atteindre, sans se rompre, jusqu'à 1 m. 50 de long. On est obligé de couper cette salive aux ciseaux pour pouvoir la mesurer dans des éprouvettes. Densité à 15° = 1006.

Examen chimique. — Réaction nettement alcaline au papier de tournesol. Présence de mucine (non dosée). Présence très nette d'albumine. Extrait sec par litre : 11 gr. 10 ; cendres : 6 grammes.

La quantité de matières organiques est donc approximativement de 5 gr. 10. Les cendres renferment des traces de chlorures, de phosphates et de calcium et de fer.

La salive additionnée d'une goutte de perchlorure de fer donne très nettement la réaction des sulfocyanures. Son action diastasique vis-à-vis de l'empois d'amidon est fortement positive. Elle renferme donc de la Ptyaline (1).

Dosage de la Mucine (Dr FOUILLOUZE).

Par la salive recueillie le 7 février, 30 centimètres cubes de salive sont mesurés dans un tube à centrifuger. On ajoute un égal volume d'eau et une vingtaine de gouttes d'acide acétique. Il se forme un trouble blanchâtre. Le tube est mis à centrifuger 10 minutes. Le précipité se rassemble au fond du tube. On le lave avec de l'eau additionnée d'acide acétique et on centrifuge à nouveau. Le précipité additionné d'eau acidulée par l'acide acétique est recueilli sur un filtre taré. On dessèche à l'étuve à 100, 30 centimètres cubes de salive donnent ainsi un précipité de 0 gr. 10. *La quantité de mucine par litre de salive est donc de 3 gr. 33. Ce dosage ne paraît être que très approximatif.* Les premiers liquides décantés sont un peu opalescents et ne s'éclaircissent pas par filtration, même à travers un filtre Berzélius.

Voici donc une observation assez analogue à la première, mais où la dilatation est à la fois moins marquée et plus localisée ; le rétrécissement était moins serré, la peau était brune et peu fine, il y avait eu une grosseur. Ici le phénomène se limitait généralement à la partie interne des seins et s'étendait en hauteur de la fourchette sternale à l'appendice xiphoïde ; les taches étaient plus accusées à droite. La sonde en place, la vaso-dilatation mettait environ cinq minutes à s'établir ; elle continuait quelquefois à augmenter pendant peu de minutes, puis les taches pâlis-saient et disparaissaient, même la sonde laissée en place. Cela est tout à fait caractéristique de la vaso-dilatation active, qui résulte, comme on sait, d'une action inhibitrice sur les vaso-constricteurs : si l'excitation du nerf vaso-dilatateur continue, l'inhibition finit par ne plus s'exercer ; même phénomène s'observe lors de l'excitation du pneumogastrique qui peut être considéré comme le premier des vaso-dilatateurs : si on continue à l'exciter, lorsqu'il a ralenti le cœur, celui-ci reprend ses battements.

La rougeur se produisait toujours sous forme de taches, sauf à la face

(1) Dans le *Cours de chimie biologique* de Armand Gauthier, édition 1892, t. III, p. 529, on trouve : *Salive sous-maxillaire de la corde* : liquide clair, un peu filant. Réaction alcaline. Densité, 1004 à 1006. Résidu fixe, 10 à 14 par litre, dont un tiers est organique. Un peu de mucine et d'albumine. Pas de sulfocyanates. Pas de Ptyaline. — *Salive sous-maxillaire sympathique* : blanchâtre, gluante, quelquefois si épaisse qu'on peut l'étirer en fils et la couper au couteau. Très alcaline. Densité, 1007 à 1018 et même 1025. Présence de Ptyaline en petite quantité. Riche en mucus. Résidu fixe par litre, 5 à 9 grammes. Si l'on se base sur les caractères donnés par Armand Gauthier, il semble donc que la salive examinée est constituée en majeure partie par de la salive sous-maxillaire sympathique.

où elle était plus uniforme et où elle s'accompagnait d'une sensation de chaleur. Ces taches n'étaient pas arrondies, elles étaient irrégulières, les plus grosses de la largeur d'un écu, le plus souvent de la largeur d'une pièce d'un ou deux francs, les plus petites riziformes ; au moment de leur disparition, elles représentaient un pointillé en même temps qu'elles pâlis-saient.

Lors de ma première observation j'avais supposé qu'il s'agissait, non d'un réflexe provoqué par le contact de la sonde, mais d'un réflexe provoqué par la distension ; la deuxième observation m'a confirmé dans cette opinion. Lorsqu'on dilatait régulièrement et journallement la malade avec la même sonde, on finissait par ne plus obtenir le phénomène ; lorsqu'on passait une sonde plus grosse, on provoquait son retour ; les expériences du 24 janvier et du 3 février d'une part, celles du 29 janvier et du 1^{er} février d'autre part, sont, à ce point de vue, très significatives, ainsi que celles des 5, 6 et 7 mars : la dilatation une fois obtenue et en quelque sorte stabilisée, plus de réflexe ; à plus forte raison ne l'obtenait-on plus si on passait une sonde plus petite (6 mars). Mais après découverte d'un dernier rétrécissement plus bas situé, la dilatation de celui-ci provoquait, à son tour, le phénomène pendant une série de séances jusqu'à ce que sa guérison ait laissé le système nerveux en quelque sorte indifférent. L'œso-phagoscopie provoqua une vasodilatation intense.

Voici, d'autre part, quelques exemples de réflexe œsophago-vasomoteur observés chez l'homme adulte :

Dup... Rétrécissement cicatriciel de l'œsophage à 0,27 de l'arcade dentaire. Œsophagoscopie et application d'une sonde n° 30. On s'aperçoit, au bout d'un quart d'heure, que tout le thorax en avant est marbré de rouge.

Rod... Rétrécissement cicatriciel.

A 11 h. 50, application d'une sonde n° 29 ; 11 h. 55, taches disséminées surtout à droite ; 12 h. 12, l'éruption a beaucoup pâli, pouls 88 ; 12 h. 22, l'éruption n'est plus visible ; quantité de salive recueillie, 140 centimètres cubes.

Lep... Néoplasme de l'œsophage traité par le radium.

A 11 h. 45, application de radium à 0,23 de l'arcade dentaire ; peu de minutes après, les téguments du thorax au niveau de la partie supérieure du sternum et au-dessous des clavicules sont le siège d'une rougeur diffuse (il n'y a eu ni toux ni efforts de vomissements).

11 h. 52, la rougeur persiste telle ; 12 heures, la rougeur est fortement atténuée, toute-fois visible ; 12 h. 5, la rougeur est très fortement atténuée, pouls 108 ; 12 h. 18, pouls 104, éruption à peine visible.

Je m'étais demandé s'il y avait un rapport entre le siège du rétrécisse-ment et celui de la vaso-dilatation cutanée, autrement dit si un point détermi-né de l'œsophage correspondait à un territoire cutané. Mes observations récentes ne viennent pas à l'appui de cette hypothèse ; au cours de l'œso-phagoscopie j'ai toujours vu la vaso-dilatation occuper la partie supérieure du sternum ; chez ma deuxième malade, le siège de l'éruption a été le

même pendant la dilatation du rétrécissement haut situé, aussi bien que pendant le calibrage du rétrécissement siégeant au cardia.

Enfin deux phénomènes connexes sont à mettre en lumière : le *réflexe œsophago-salivaire* et le réflexe œsophago-cardiaque.

Le premier a été depuis longtemps étudié expérimentalement par Roger. Son étude chez l'homme se trouve dans la thèse de mon élève, Tchiritch (1). J'appelle spécialement l'attention sur la viscosité de la salive : la parotide, aussi bien que la sous-maxillaire, paraissent en cause si on s'en rapporte à la tuméfaction des glandes constatée pendant le cathétérisme, mais si on s'en rapporte à l'analyse, il semble bien que ses caractères soient ceux de la sécrétion sous-maxillaire, telle qu'on l'obtient par excitation du grand sympathique (par opposition à la salive sous-maxillaire dite de la corde du tympan, suivant l'expression des physiologistes).

Le *réflexe œsophago-cardiaque* est également manifeste : de 88 le pouls montait à 120 chez ma deuxième malade, quelquefois avec des extrasystoles. Les trois réflexes ici envisagés, il semble bien que le salivaire soit le plus fréquent, le plus facile à obtenir, le cardiaque moins, le vaso-moteur moins encore, puisqu'il manque dans des expériences où le réflexe cardiaque avait été constaté, le salivaire ne manquant presque jamais. Toutefois il y a un parallélisme relatif, puisque j'ai obtenu, dans le cas où la vaso-dilatation était très marquée, 250 centimètres cubes de salive ou plus, et *excessivement filante*. Mais on remarquera que la quantité de salive recueillie est assez proportionnelle à la durée de la présence de la sonde, alors que le réflexe vaso-moteur disparaît spontanément.

Peut-on tirer de ces expériences de physiologie humaine quelques conclusions pratiques ? Elles se réduisent, en réalité, à assez peu de chose. Puisqu'il s'agit d'un réflexe de distension, puisque cette action sur le grand sympathique se traduisant par des effets vaso-moteurs et cardiaques est due à la dilatation du conduit, il semble qu'il faut s'abstenir de pratiquer d'emblée une distension trop brusque de l'œsophage. J'ai eu connaissance, autrefois, d'un cas de syncope blanche mortelle provoquée par l'exploration de l'œsophage avec une grosse olive. Il faut donc ne pas commencer par une sonde trop grosse. La notion du réflexe œsophago-cardiaque tendrait aussi à établir une préférence en faveur des œsophagoscopes de petites dimensions auxquels on reproche d'offrir moins de commodité pour opérer : il est incontestable que pour enlever un corps étranger fortement enclavé, on aime être au large le plus possible ; pour un simple examen, pour une biopsie, cela est moins indispensable. Je ne voudrais d'ailleurs pas exagérer l'importance de cet inconvénient, puisque le réflexe s'atténue par une dilatation répétée et progressive et que ces essais d'application à la technique ne peuvent viser que la dilatation brusque.

(1) YOVAN TCHIRITCH, Contribution à l'étude du réflexe œsophago-salivaire, Thèse de Lyon 1921.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT DES OTOPATHIES PAR L'EFFLUVATION DE HAUTE FRÉQUENCE

Par MM. J. RAMADIER, CHAUSSÉ et BZOWSKI

C'est surtout à nos collègues Leroux-Robert, Caboche et Pujol, que revient le mérite de nous avoir orientés vers l'essai du traitement des otopathies par la haute fréquence ; à la suite des résultats encourageants apportés par ces auteurs, un objectif devait s'imposer à ceux qui voulaient les suivre : déterminer quelles sont les otopathies justiciables de ce nouveau traitement.

Dans ce but, nous avons en collaboration avec mon assistant Chaussé et mon externe Bzowski, appliqué le traitement, indistinctement à tout individu nous consultant pour des troubles auriculaires, quelle que soit leur origine présumée ; nous proposant de rechercher, lorsque nous colligerions les cas à succès que nous espérons obtenir, si ces cas pouvaient être réunis en un groupement pratiquement reconnaissable.

C'est le résultat de ces recherches faites dans cet esprit que nous vous apportons ici.

Nous n'avons tenu compte que de celles de nos observations qui se rapportaient à des troubles d'une durée supérieure à 6 mois et qui offraient des données d'examen nettes et précises.

Nous exposerons successivement les cas à résultats heureux, et les cas à résultats négatifs.

I. — Cas à résultats favorables

Observation I. — GRANDES CRISES LABYRINTHIQUES SANS DÉFICIT RÉACTIONNEL DU VESTIBULE

M^{lle} Parm..., 20 ans, cuisinière. Consulte, le 16 avril 1924, pour des vertiges, de la surdité, des bourdonnements, symptômes qui durent depuis deux ans et vont en s'accroissant.

Les vertiges procèdent par crises violentes, à rythme irrégulier, mais dont on peut évaluer la fréquence à deux par mois environ. Les intervalles entre ces crises sont absolument libres. Une augmentation des bourdonnements précède les vertiges de une à deux heures ; puis la malade se sent violemment entraînée vers la gauche ; à plusieurs reprises, elle est tombée de ce côté ; après une durée de quelques minutes, des nausées et des vomissements mettent fin à la crise.

Peu après le début de ces crises vertigineuses, est survenu un défaut d'acuité auditive bilatéral, mais prédominant à gauche, en même temps qu'ont apparu des bourdonnements, surtout violents à droite. La baisse auditive a augmenté progressivement au point

de devenir très gênante : l'acuité pour la voix basse est de 1 m. 50 à droite, et de 0 m. 20 à gauche. Les bourdonnements sont continuels ; ils augmentent cependant très nettement un peu avant chaque crise vertigineuse. La dureté d'oreille ne subit pas de modification notable à l'occasion de ces crises. La malade se plaint, en outre, d'une façon habituelle, d'une sensation de lourdeur de tête.

Notons qu'à l'âge de 13 ans (cinq ans avant la période vertigineuse actuelle), la malade avait présenté des vertiges absolument analogues à ceux que nous venons de décrire, mais l'acuité auditive restait intacte, et les bourdonnements n'apparaissaient que pour annoncer la crise, et disparaître aussitôt après. Cet état avait duré six mois environ, et avait disparu sans traitement.

Les conduits auditifs externes et les tympons sont parfaitement normaux.

O. D.		O. G.
2 m.	V. b.	0,50
0 m. 05	M. air	?
64-14000	Ch. aud.	64-14000
+	Rinne	+
—	Schwab.	—

A noter, comme signe particulier dans cette formule, l'énorme raccourcissement de la conduction osseuse : la durée de perception des trois diapasons (128 v. d., 543 v. d., 1.094 v. d.) appuyés sur le front, est réduite au moins des $4/5^e$; cependant le moncorde est entendu à peu près normalement par voie mastoïdienne. L'exactitude de ces résultats est contrôlée : d'une part, par la concordance parfaite des réponses d'un examen à l'autre ; d'autre part, par l'épreuve de l'obturation digitale du conduit auditif externe (cette obturation fait réapparaître la perception osseuse pour un temps d'ailleurs assez court).

On ne note pas de nystagmus spontané. Les épreuves de Romberg, de la marche et de l'indication, suivant Quix, donnent des résultats normaux. L'épreuve calorique pratiquée avec un excitant faible (bain d'oreille, de 30° à 26°) donne, des deux côtés, une réaction normale : nystagmus de une minute et demie, déviation correcte de l'index, léger vertige.

En résumé, nous sommes en présence de vertiges paroxystiques durant depuis deux ans, avec un premier épisode du même ordre remontant à sept ans auparavant, sans troubles de réflectivité du labyrinthe, avec bourdonnements et déficit auditif progressif du type labyrinthique.

Nous ne trouvons aucune étiologie à l'origine de ces troubles. La syphilis ne peut être incriminée : pas trace de stigmates, Bordet-Wassermann négatif dans le sang et le liquide céphalo-rachidien. On ne relève aucun antécédent toxi-infectieux. Les milieux endo-rachidiens apparaissent normaux à la ponction lombaire ; le fond d'œil est normal.

Il est toutefois possible, croyons-nous, d'interpréter en quelque mesure, le mécanisme de l'affection. Le caractère nettement paroxystique de ces troubles libérant entièrement la malade entre les crises, ne s'accorde guère avec l'existence d'une lésion auriculaire installée, durable, permanente. Bourdonnements et dureté de l'ouïe existent, il est vrai, entre les crises ; mais il est à noter que ces bourdonnements sont surtout intenses au début de chaque crise, et que la dureté d'oreille n'a commencé qu'après les premiers vertiges, et ne s'est prononcée qu'avec la répétition de ceux-ci ; remarquons en outre, que lors de son premier épisode labyrinthique, il y a sept ans, la malade n'avait noté entre ses vertiges ni dureté, ni bourdonnements.

D'autre part, l'évolution générale de cette affection en deux grands épisodes séparés l'un de l'autre par cinq ans de santé parfaite, plaide aussi dans le sens de troubles auriculaires inorganiques. Enfin, l'intégrité de la réactivité vestibulaire constatée à plusieurs reprises tout au moins entre les crises (il ne nous a pas été donné d'observer la malade au voisinage immédiat d'une crise), ne s'accorde pas non plus avec l'hypothèse d'une lésion organique vestibulaire.

Il s'agit donc, en somme, de troubles fonctionnels labyrinthiques procédant par accès et à l'origine desquels on ne peut supposer que l'un des deux mécanismes suivants : désordres circulatoires paroxystiques, ou poussées tensionnelles des liquides endo-labyrinthiques.

Nous ne trouvons, cependant, à l'examen général, aucune cause apparente à ces phénomènes : pas de lésions organiques de la région faciale (sinus sains, dentition parfaite, œil normal) ; menstruations régulières et normales ; tension artérielle normale ; pas de lésions viscérales abdominales ; réflexe oculo-cardiaque normal (ralentissement très léger du pouls pendant la pression des globes).

Nous soumettons tout d'abord la malade à une cure d'adrénaline, à la dose de 30 gouttes par jour pendant quinze jours. Nous lui faisons ensuite, le 20 mai 1929, une ponction lombaire. Ces deux essais thérapeutiques restent sans aucun résultat : les bourdonnements sont toujours très intenses ; le déficit auditif a même progressé (V. b. à 1 m. 50 à droite ; à 0 m. 20 à gauche) ; une nouvelle et violente crise de vertiges s'est produite le 5 juin.

Le 18 juin, nous commençons le traitement par l'effluation de haute fréquence en applications bi-auriculaires. Alors nous assistons, sous l'influence de cette nouvelle thérapeutique, à une amélioration rapidement progressive des troubles auditifs. L'acuité auditive, pour la voie basse, atteint successivement les valeurs suivantes :

Le 15 juin (avant la première séance) : V. b. = 1 m. 50 à droite, 0 m. 20 à gauche.

Le 26 juin (quatrième séance) : diminution sensible des bourdonnements.

Le 4 juillet (septième séance) : V. b. = 3 m. à droite ; 1 m. 25 à gauche.

Le 25 juillet (dixième séance) : V. b. = 5 m. à droite ; 2 m. 50 à gauche. M. air = 0 m. 10 à droite, 0,05 à gauche.

Le 13 août : le traitement est cessé depuis le 25 juillet : V. b. = 6 m. à droite ; 3 m. 50 à gauche.

Les bourdonnements sont très atténués. La pesanteur de tête a disparu. Fait particulier et auquel nous ne pouvons donner aucune explication valable, malgré cette énorme amélioration des troubles auditifs, nous ne constatons absolument aucun changement dans le raccourcissement considérable de la perception osseuse. Quant aux vertiges, ils n'ont pas reparu depuis le 5 juin ; or, dans l'espace des deux dernières années, la malade n'avait jamais passé un mois sans éprouver au moins une violente crise vertigineuse.

De tels résultats étaient si remarquables que nous nous sommes demandés tout d'abord si nous n'avions pas fait, tout simplement, œuvre de psychothérapeutes. Mais à l'analyse, on ne pouvait admettre qu'il s'agit de phénomènes psychiques : les vertiges, décrits avec une grande précision étaient bien ceux d'une crise labyrinthique (aura-auditive, entraînement et chute dans un sens bien déterminé, vomissements) ; les réponses de la malade étaient parfaitement concordantes : l'obturation digitale du conduit au cours de l'épreuve de Schwabach, faisait réapparaître la perception osseuse pour quelques secondes ; nous avions assisté à un rétablissement régulièrement progressif de l'audition au cours du traitement ; enfin les divers essais thérapeutiques antérieurs, dont une ponction lombaire, étaient restés sans aucun résultat.

Nous devons donc tenir nos résultats comme un très beau succès de l'effluation dans le traitement des troubles auditifs et vertigineux.

Observation II. — BAISSÉ AUDITIVE, BOURDONNEMENTS ET VERTIGES CHEZ UNE HYPERTENDUE

M^{me} B..., 46 ans, souffre depuis six mois de bourdonnements dans les deux oreilles (sifflets de chemin de fer, bruit d'eau qui coule), en même temps que d'une baisse de l'audition et de vertiges paroxystiques légers mais fréquents et accompagnés parfois de vomissements.

Les tympans sont légèrement épaissis, et paraissent légèrement enfoncés. La respiration nasale est libre, et la trompe d'Eustache perméable.

G. D.		O. G.
o m. 50	V. b.	3 m.
30-15000	Ch. aud.	30-15000.
+	Rinne.	—
	Schw. 20/25	

Les épreuves vestibulaires n'ont pu être pratiquées. Rien à signaler dans les antécédents au point de vue toxique ou infectieux. Il n'y a pas d'urée dans le sang ; le Bordet-Wassermann est négatif. Par contre, on note une tension artérielle nettement élevée ; 20-11 au Vaquez-Laubry.

On applique trois séances d'effluviation bi-auriculaire par semaine. Dès la 2^e séance, la malade déclare que ses bourdonnements ont disparu, et que ses vertiges se sont très amendés ; la tension artérielle n'est plus que de 18-9. On applique 5 séances d'effluviation d'une durée de 20' chacune. Les résultats se maintiennent lorsque nous revoyons la malade dix jours après : elle n'a plus ni bourdonnements, ni vertiges. Par contre l'audition n'a pas été influencée.

Observation III. — BAISSÉ AUDITIVE ET BOURDONNEMENTS CHEZ UNE HYPERTENDUE

M^{me} Ch..., 47 ans, se plaint depuis deux ans de bourdonnements (jets de vapeur), et de battements dans les deux oreilles, avec prédominance à droite. Ces bruits d'oreille sont soumis à des variations d'intensité d'un jour à l'autre, ils disparaissent même par intervalles de quelques jours. Depuis leur début, l'audition s'est affaiblie peu à peu. La malade n'a jamais éprouvé de vertiges. Les tympans sont blanchâtres, légèrement épaissis. La respiration nasale est libre, la trompe d'Eustache perméable.

O. D.		O. G.
o m. 10	V. b.	o m. 11
—	Rinne	—
	Schw.	
30-14000	Ch. aud.	54-11000

Cette malade est soignée depuis quelque temps pour de l'hypertension artérielle : sa tension a été de 25 et est actuellement de 19.

Dès la 2^e séance d'effluviation, la malade accuse une diminution nette des bourdonnements. Ceux-ci ont complètement disparu après la 3^e séance. On applique en tout 10 séances de 20'.

Revue le 1^{er} septembre 1929, 10 mois après la fin du traitement, la malade nous déclare : que pendant 3 mois, elle n'a plus eu de bourdonnements ; que depuis lors ceux-ci tendent à revenir, bien que très atténués.

L'audition n'a pas été sensiblement influencée.

Observation IV. — BAISSÉ AUDITIVE, BOURDONNEMENTS (OTOSPONGIOSE ?)

20-10-28. M^{me} C..., 24 ans, consulte pour une diminution progressive de l'audition, prédominant à droite, ayant débuté il y a un an. Elle s'est plaint en outre de bourdonnements intenses dans les deux oreilles ; elle n'a jamais eu de vertiges.

Les tympans sont à peu près normaux, un peu amincis seulement. La trompe est parfaitement perméable ; de nombreuses insufflations n'ont abouti à aucun résultat, même momentanés.

O. D.		O. G.
0,20	V. b.	0,01
+	Schw.	+
—	Rinne	—
04-15000 v. d.	Ch. aud.	

La malade ne présente aucune antécédent toxi-infectieux. Sa tension est normale : 11-6. Ses règles sont très irrégulières.

Après 10 séances d'insufflation, la malade ne se sent nullement améliorée. On ne note aucune modification notable dans son audition.

Observation V. — BAISSÉ AUDITIVE, BOURDONNEMENTS (OTOSPONGIOSE)

M^{me} R..., 35 ans. — L'évolution de l'affection est typique : elle s'est faite en trois temps, correspondant chacun à une grossesse : la première à l'âge de 25 ans.

Actuellement (avril 1929) les bourdonnements sont extrêmement violents, dans les deux oreilles, et la baisse auditive très accentuée.

O. D.		O. G.
0	V. b.	0
0 m. 05	V. h.	0 m. 10
—	Schw.	60/30
—	Rinne	—
128-13000	Ch. aud.	64-15000

Les tympans sont normaux. La trompe normale ; une série d'insufflations tubaires est restée sans effet sur l'audition, et a aggravé les bourdonnements.

Dix séances d'effluvia de 15 à 30 minutes sont appliquées sans le moindre résultat.

Observation VI. — BAISSÉ AUDITIVE, BOURDONNEMENTS, VERTIGES (LABYRINTHITE HÉRÉDO-SPÉCIFIQUE TARDIVE)

M. B... 20 ans. — Début de l'affection vers l'âge de 12 ans, par des vertiges, des bourdonnements et une baisse rapide de l'audition à gauche. Cinq ans après, l'oreille droite se prend brusquement à son tour : en quinze jours le malade revient presque complètement sourd. Les vertiges ont une tendance très nette à s'atténuer depuis un an environ.

Les tympans sont ternes, sans reflet.

O. D.		O. G.
0 m. 10	V. h.	à la conque.
—	Schw. 35/30	
—	Rinne	—

La réaction calorique est à peu près nulle des deux côtés. Le signe d'Hennebert est présent à droite, ébauché à gauche.

Le diagnostic de labyrinthite hérédéo-spécifique tardive se base sur l'ensemble symptomatique suivant : aréflexivité vestibulaire, surdité aérienne intense, perception osseuse conservée, signe d'Hennebert positif, kératite interstitielle de l'œil gauche.

Huit séances d'effluviation de vingt minutes restent sans effet notable.

Observation VII. — BAISSÉ AUDITIVE, BOURDONNEMENTS, VERTIGES
(LABYRINTHITE HÉRÉDO-SPÉCIFIQUE ?)

M^{lle} Laur..., 41 ans, se plaint de baisse auditive et de bourdonnements violents bilatéraux, prédominant à gauche, dont le début remonte à dix ans. Pendant sept à huit ans, elle a eu de grands vertiges, à peu près continus, avec crises paroxystiques, la tenant au lit deux ou trois jours par semaine ; ces vertiges ont disparu depuis trois ans.

O. D.		O. G.
2	V. b.	0,05
0,05	M. air	0
	Schw. 30/30	
64-9000	Ch. aud.	128-6000

Les tympans sont amincis.

L'épreuve calorique normale à droite est très diminuée à gauche. Le signe d'Hennebert est nettement positif à gauche.

Bordet-Wassermann négatif. Pas d'antécédents syphilitiques décelables. On note une dépression caractéristique du socle nasal constitué par le rempart alvéolaire supérieur ; pas d'autres stigmates syphilitiques.

Après un essai prolongé et infructueux de traitement par ionisation de K. I. (12 séances), on pratique 10 séances d'effluviation biauriculaire, de 30' chacune. Le résultat reste nul : la malade constate plutôt une aggravation de ses bourdonnements.

Observation VIII. — BAISSÉ AUDITIVE, BOURDONNEMENTS
(OTITE MOYENNE SÈCHE D'ORIGINE DIATHÉSIQUE)

M^{me} Mes..., se plaint depuis une quinzaine d'années d'une baisse de l'audition bilatérale, lentement progressive, et de bourdonnements d'intensité modérée ; pas de vertiges. Les tympans sont normaux. La trompe est perméable et quatre séances d'insufflation n'obtiennent aucun résultat.

O. D.		O. G.
1 m.	V. b.	1 m.
0	M. air	0
0	M. os	0
	Schw. 43/30	
Lég ^t .	Rinne	Lég ^t .
32-15000 v. d.	Ch. aud.	32-15000 v. d.

On relève seulement chez cette malade un état intestinal très défectueux, pour lequel elle est soignée depuis de longues années.

Dix séances d'effluation bilatérale de 15 à 20'', n'ont aucune influence ni sur la surdité ni sur les bourdonnements.

Observation IX. — BAISSÉ AUDITIVE, BOURDONNEMENTS, VERTIGES (LABYRINTHITE OU NEURO-LABYRINTHITE D'ORIGINE ?)

M^{me} Che..., 50 ans. — Vertiges depuis quatre ans, à peu près continuels, apparaissant à l'occasion des mouvements brusques de la tête, avec grands paroxysmes obligeant la malade à s'aliter en chambre obscure ; nausées et vomissements à l'occasion de ces crises.

Ces vertiges s'atténuent depuis quelque temps. Il existe des bourdonnements continuels dans l'oreille droite. Les tympanes sont normaux.

O. G.		O. D.
o m. 25	V. B.	4 m.
	Schw. 20/30	
	Weber	
32-13000	Ch. aud.	32-15000

Etat général très défectueux : ulcus opéré par gastroentérostomie il y a 12 ans. Système nerveux normal (Monier-Vinard). Pas de nystagmus spontané. A l'épreuve de la marche, on note une déviation vers la gauche. L'épreuve de Quix est normale. La réaction calorique est nulle à droite, très affaiblie à gauche.

La tension artérielle est un peu faible : 11 1/2-7 au Vaquez.

B. W. négatif.

Huit séances d'effluation de 40 à 60' n'ont aucune influence sur aucun des symptômes précédents.

Observation X. — BAISSÉ AUDITIVE, BOURDONNEMENTS, VERTIGES (OTO-LABYRINTHITE D'ORIGINE ?)

M^{me} Vaut..., 53 ans. — Baisse auditive bilatérale ayant débuté il y a deux ans. Bourdonnements intenses à prédominance dans l'oreille droite (jets de vapeur, sifflements) ; vertiges depuis un an, modérés, à peu près continuels.

Les tympanes sont grisâtres, sans reflets.

O. D.		O. G.
o m. 50	V. b.	1 m. 20
o	M. air	o
64-15000	Ch. aud.	64-15000
	Schw. 30/30	

A l'épreuve de la marche, on note une déviation à droite vérifiée à plusieurs reprises. La réaction calorique est très diminuée à droite et nulle à gauche.

Bonne santé générale. Pas d'antécédents toxi-infectieux ; tension artérielle : 17-9.

On n'obtient aucune amélioration de ces divers troubles auditifs : ni par le traitement mercuriel (6 injections de cyanure de mercure), ni par l'adrénaline (30 gouttes pendant 15 jours), ni par l'ionisation de IK (2 séries de 12 séances : 30'', 3 M. A.) ou de S^eNa₂ (12 séances) ; ni par l'effluation biauriculaire (12 séances de 50' à 60').

Observation XI. — BAISSÉ AUDITIVE, BOURDONNEMENTS, VERTIGES
(OTO-LABYRINTHITE SÈCHE).

M^{lle} Gouj..., 53 ans. — Oreille gauche perdue depuis l'âge de 20 ans (?) ; l'oreille droite baisse depuis quelque temps. La malade se plaint de bourdonnements biauriculaires extrêmement violents (sifflements, coups de marteau) qui datent de longtemps, et augmentent beaucoup depuis un an.

Elle éprouve des sensations vertigineuses d'intensité modérée, depuis une dizaine d'années.

Les tympans sont blancs, opaques, rétractés, peu mobiles au spéculum de Siegle.

O. D.		O. G.
Ol	V. b.	o m. 10
1 m.	V. h.	5 m.
o	M. air	o m 04
	Schw.	

La réaction calorique est normale.

La tension artérielle est normale : 16-8.

Quatre séances d'effluvation de 10 à 30' ne font qu'augmenter sensiblement les vertiges et les bourdonnements.

Observation XII. — BAISSÉ AUDITIVE, BOURDONNEMENTS
(OTITE CICATRICIELLE, POST-OTORRHÉIQUE)

M^{lle} B..., 22 ans. — Les oreilles ont coulé pendant l'enfance.

Elles sont à peu près tarées depuis deux ou trois ans.

Les tympans sont épaissis, rétractés, opaques.

L'audition baisse progressivement.

O. D.		O. G.
o m. 20	V. b.	o m. 15
1 m. 80	V. h.	1 m. 50
o m. 05	M. air	o m. 05
	Schw. 4	

B. W. négatif. Tension artérielle : 13-8.

Huit séances d'effluvation de 30' n'apportent aucune amélioration ni de l'audition, ni des bourdonnements.

Nous avons donc traité par l'effluvation de haute fréquence une série d'otopathies très diverses. Dans 3 cas seulement, les résultats ont été nettement favorables ; dans les 9 autres cas, ils ont été nettement négatifs, et chez un de ces malades (observation XI) les troubles paraissent même avoir été momentanément aggravés.

Les 3 cas favorables ont-ils quelques points communs, quelques traits cliniques qui permettent de les rapprocher les uns des autres, et pouvons-nous tirer de leur juxtaposition quelque enseignement touchant aux indications de l'effluvation dans le traitement des troubles auriculaires ?

Nos observations 2 et 3, rentrent l'une et l'autre dans le groupe bien connu des troubles auriculaires par hypertension artérielle.

On admet, dans l'histoire des hypertensions artérielles, en général, qu'il existe deux phases : une phase purement fonctionnelle, phase des spasmes vasculaires, sans altération des tuniques vasculaires, dans laquelle l'hypertension est généralement de degré faible ou moyen, ne dépassant pas 25 au sphygmotensiomètre, sujette chez un même individu, à d'assez grandes variations de degré, à de brusques poussées hypertensives ; et une phase de lésions vasculaires, phase de sclérose, où la tension est plus élevée (25 à 35), et définitivement installée sans grandes oscillations. C'est à la phase d'hypertension fonctionnelle pure que la haute fréquence rend des services sinon en faisant baisser la tension artérielle, du moins en provoquant une détente nerveuse ou une vaso-dilatation. Dans la phase d'hypertension lésionnelle, par contre, son action paraît tout à fait illusoire.

D'après ces notions générales, on comprend que l'hypertension artérielle à sa phase fonctionnelle, ou de pré-sclérose, puisse entraîner dans le régime circulatoire du labyrinthe, des désordres sujets à rémission, et susceptibles d'être heureusement influencés par l'effluation.

Dans notre observation 1, nous avons déjà fait ressortir combien l'hypothèse de troubles labyrinthiques purement fonctionnels, apparaît là aussi évidente. Pour expliquer, d'une part l'évolution paroxystique et en deux épisodes de cette affection, d'autre part l'intégrité de la réflectivité vestibulaire, nous avons été amenés à admettre l'un des deux mécanismes suivants : des poussées tensionnelles vasculaires, ou des poussées tensionnelles des liquides endo-labyrinthiques. Mais outre que l'existence de ces dernières est encore pour beaucoup du domaine de l'hypothèse pure, on admet généralement, pour les expliquer, qu'elles sont elles-mêmes sous la dépendance de désordres circulatoires endo-labyrinthiques.

Nous sommes conduits, en somme, à admettre que chez nos trois malades traités avec succès par l'effluation, il s'agissait d'otopathies purement fonctionnelles, en rapport très vraisemblablement avec un déséquilibre vasculaire endolabyrinthique.

Rien, en vérité, dans ces constatations, qui puisse choquer les notions acquises sur les effets physiologiques en général, de la haute fréquence. On prête à ces courants, en effet, toute une série d'actions qui peuvent *a priori*, nous inviter à en faire l'essai sur des troubles circulatoires labyrinthiques : action décongestionnante, action antispasmodique, action révulsive, action analgésiante.

Qu'il nous soit permis de citer, ici, à titre documentaire, le cas d'une jeune femme atteinte de goître exophtalmique qui présentait d'autre part un violent prurit auriculaire simple, sans lésion cutanée apparente, prurit que nous avons traité avec un rapide et plein succès, par l'effluation bi-auriculaire. Lors de la quatrième séance, la malade nous ayant signalé une amélioration notable de son irritabilité nerveuse et nous-mêmes ayant constaté une certaine atténuation de sa tachycardie qui était tombée de

130 à 100 pulsations, nous lui avons appliqué par la suite l'effluation préthyroïdienne, concurremment avec l'effluation biauriculaire. Nous avons pu constater, au cours de ce traitement, un retour progressif vers un rythme cardiaque normal : 130 pulsations à la première séance, 100 à la 4^e, 80 à la 6^e, 92 à la 7^e, 82 à la 8^e, 80 à la 9^e, 78 à la 12^e. Revue un mois et demi après la fin de ce traitement, notre malade nous déclare que son prurit auriculaire n'est plus revenu et nous constatons, par ailleurs, que son pouls demeure aux environs de 80 P. Les séances d'effluation avaient été de 40 minutes.

Inversement, lorsqu'il s'est agi d'une lésion organique de l'oreille, soit que nous ayons pu en établir le diagnostic, avec précision (otospongieuse, otite cicatricielle, labyrinthite hérédosyphilitique), soit que le diagnostic restant incertain, quelques symptômes comme l'hyporéflexivité, ou l'aréflexivité vestibulaire ait suffi à nous faire admettre l'existence de ces lésions, nous n'avons obtenu de l'effluation aucun résultat appréciable.

Ainsi donc, si une plus longue expérience confirme nos premières constatations, nous pourrions admettre que la haute fréquence, et particulièrement l'effluation, convient aux troubles relevant d'un état auriculaire purement fonctionnel, principalement d'origine circulatoire ; mais qu'elle reste sans effet sur ceux dont la cause est une otopathie organique. Remarquons, cependant, que dans certaines affections organiques de l'oreille (otite congestive, catarrhe tubaire, otospongieuse, etc...) on peut soutenir que l'élément congestif joue un rôle à l'origine des troubles observés, et que d'autre part l'action analgésique que l'on prête à l'effluation, peut réaliser une action sédative sur les bourdonnements et les vertiges, en général. Cela expliquerait les bons effets que certains auteurs ont obtenus de ce traitement, dans les otopathies les plus diverses. Notre expérience personnelle, n'est certes pas assez étendue pour que nous puissions formellement nous élever contre l'opinion de ces auteurs.

Mais le point difficile est précisément de savoir dépister ces otopathies fonctionnelles. L'étude attentive de l'évolution des accidents nous fournira parfois, à cet égard, des renseignements de première valeur.

D'une façon générale, tout syndrome auriculaire d'allure nettement paroxystique doit nous faire penser à un déséquilibre purement fonctionnel de l'organe auditif. De ce type est par excellence le syndrome de Lermoyez — le vertige qui fait entendre — si bien défini d'autre part par la succession des phénomènes qui le composent et que Lermoyez attribue à l'angio-spasme du labyrinthe. De ce type aussi est la claudication intermittente du labyrinthe. poussées hypertensives auriculaires qu'Escat a décrites chez les artério-scléreux.

Lorsque les symptômes auriculaires évoluent en plusieurs épisodes (observation I), de durée plus ou moins longue (des mois, des années), entre lesquels l'oreille retrouve son état normal, nous pouvons, là encore, admettre l'hypothèse de phénomènes purement fonctionnels, plutôt que celle d'une otopathie organique.

On observe parfois des syndrômes auriculaires aigus d'emblée intenses du type labyrinthique complet (surdité, bourdonnements, vertiges), ou incomplet, frappant le sujet en pleine santé apparente, et dont on cherche vainement l'étiologie. Ils durent quelques jours à quelques semaines, puis disparaissent aussi rapidement qu'ils étaient venus. Ces accidents relèvent, eux aussi, sans doute, de phénomènes 'ango-spasmodiques du labyrinthe (Bourgeois). On pourra, en pareil cas, essayer de l'effluation.

  côté des caractères évolutifs, il est un autre élément de diagnostic qui, selon nous, permet de douter fortement de la nature organique d'un syndrome labyrinthique : c'est l'intégrité de la réflectivité vestibulaire. Ce fait, surtout, nous guida dans notre observation 1. Il est difficile d'admettre qu'un organe soit foncièrement lésé lorsqu'il répond parfaitement aux excitations physiologiques auxquelles on le soumet. Donc, en pratique, tout individu, sujet à des vertiges accompagnés ou non de troubles auditifs, est justifiable de la haute fréquence lorsque sa réaction calorique est normale, ou voisine de la normale. Notons d'ailleurs, que dans les cas anciens, un défaut de réflectivité ne suffirait pas à éliminer l'hypothèse d'une otopathie originellement fonctionnelle, car à la longue, un vice fonctionnel peut engendrer une certaine déchéance du labyrinthe (baisse auditive durable, déficit réactionnel du vestibule).

Dans d'autres cas enfin, c'est de l'examen général et tout particulièrement de l'examen de l'appareil circulatoire que nous tirerons la présomption de l'origine vasculaire d'un syndrome auriculaire.

Les signes classiques de l'artériosclérose et surtout la mesure de la tension artérielle, doivent être toujours recherchés en présence de troubles auditifs ou vertigineux d'origine indécise. Nos observations 2 et 3 nous montrent les bienfaits que l'on peut tirer de l'effluation au point de vue auriculaire, chez les hypertendus. Notons ici que les symptômes auriculaires de l'hypertension artérielle, n'affectent pas toujours une forme nettement paroxystique.

La constatation de troubles vaso-moteurs périphériques, recherchés au niveau des doigts, de la face du pavillon de l'oreille, qu'ils soient d'ordre angiospasmodique comme dans la maladie de Raynaud, ou d'ordre vasodilatateur, comme dans le syndrome de Weir-Mitchell, nous permet de penser que des désordres vasculaires de même nature conditionnent dans l'oreille interne l'apparition des troubles auditifs et vertigineux paroxystiques que nous avons à traiter.

De même, peuvent être considérés comme d'origine vasculaire en rapport avec un déséquilibre vago-sympathique, les troubles auriculaires qui apparaissent à l'occasion des règles, de la ménopause, ou qui se montrent chez les dyspeptiques, les hépatiques, ou chez les sujets chez lesquels on décèle des signes d'une distonie vagosympathique.

Il y a donc tout un ensemble de recherches à la fois d'ordre otologique et d'ordre général, qui peuvent nous mettre sur la voie du diagnostic d'origine vasculaire, de certains troubles auriculaires.

L'effluation se montrera-t-elle efficace dans tous les cas de ce groupe ? Reconnaissons que cela est peu probable, à moins de considérer ce genre de courant comme le régulateur idéal de la circulation labyrinthique. En effet, comme cela ressort de l'importante étude qu'en a faite Portmann (*Revue d'otoneuro-oculistique*, avril 1928), ces désordres vasculaires de l'oreille interne reconnaissent suivant le cas des mécanismes tout à fait opposés (vaso-dilatation, vaso-constriction), mécanisme qui parfois se mêlangent, et se succèdent chez un même sujet, et qui aboutissent l'un aussi bien que l'autre, aux mêmes symptômes fonctionnels, traduisant l'irritabilité labyrinthique en général : les bourdonnements et les vertiges.

Nous pensons néanmoins que c'est surtout à cet ordre d'accidents, que doivent s'adresser nos essais thérapeutiques par les courants de haute fréquence, en application locale.

Un mot, en terminant, de la technique que nous avons employée. Nous avons utilisé l'appareil de Valter. Laissant la manette sur le 1^{er} plot, nous réglions l'éclateur jusqu'à obtenir une chaleur douce, au contact du tube à vide. La durée des séances augmentait d'une séance à l'autre : elle variait de 20 à 60'. Le traitement comportait de 6 à 12 séances, à raison de 3 par semaine.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'APHASIE AU COURS DES COMPLICATIONS DES OTITES SUPPURÉES

Par le Dr René GAILLARD (Lyon).

Au cours d'une suppuration oto-mastoïdienne gauche, l'apparition d'un syndrome aphasique éveille aussitôt notre attention, et, s'il existe d'autres signes pouvant faire redouter le développement d'une complication intracranienne, entraîne notre diagnostic vers celui de l'abcès cérébral. Aucun autre symptôme, dit de localisation, ne possède une plus grande valeur : soit qu'il s'agisse, très exceptionnellement, d'une aphasie motrice type BROCA — la lésion est alors frontale —, soit bien plus souvent qu'on observe une aphasie dite « sensorielle », de WERNICKE (amnésie, cécité, surdité verbale) auquel cas la zone cérébrale lésée correspond au territoire du lobe temporo-sphénoïdal. C'est ainsi que nous eûmes l'occasion d'observer deux malades où la valeur du syndrome fut telle que l'indiquent les idées classiques. L'un mourut, malgré l'ouverture et le drainage d'un abcès temporal, au milieu d'un ensemble de signes méningés ; l'autre au contraire guérit complètement, l'aphasie ayant très rapidement disparu en quelques jours, après l'évacuation d'une grosse collection encéphalique du lobe temporo-sphénoïdal. Ce dernier malade, encore enfant, revu il y a peu de temps, plus de quatre ans après sa guérison opératoire, ne présentait aucune séquelle intellectuelle de sa lésion cérébrale.

Mais l'aphasie n'est pas toujours significative de la présence d'un abcès cérébral au cours d'une otopathie, et le symptôme ne peut être, à ce point de vue, considéré comme de valeur absolue. Déjà KORNER avait publié plusieurs cas d'abcès extra-duraux chez l'enfant, accompagnés d'aphasie où les lésions intra-durales macroscopiques n'existaient pas. LEMAITRE et AUBIN ⁽¹⁾ ont eux-mêmes rapporté une très intéressante observation d'un homme adulte ayant présenté un abcès extra-dural accompagné d'aphasie, et d'agraphie sans abcès encéphalique, et, à l'occasion de cette présentation, MM. WORMS et RAMADIER ont rapproché le cas d'un malade commun où le symptôme aphasique, discret mais très net, avait cédé à une simple mastoïdectomie sans ouverture de la cavité cranienne. Or, nous venons d'observer, cette année, un cas de ce genre où le trouble du langage fut très marqué et assez durable, et où cependant les altérations anatomiques macroscopiques intra-craniennes se révélèrent relativement légères.

(1) LEMAITRE et AUBIN, *Soc. de laryngologie des Hôpitaux de Paris*, 9 juillet 1926. Discussion WORMS, RAMADIER, MOULONGUET.

Observation. — Le 14 mai 1929 nous sommes appelés auprès d'un jeune homme de 23 ans, voyageur de commerce, porteur d'une complication mastoïdienne gauche avec troubles intellectuels graves. L'entourage du malade nous apprend que, depuis un an, celui-ci avait un écoulement purulent intermittent de son oreille gauche, ayant résisté aux traitements, mais dont il ne souffrait pas. Il était en déplacement à Nantes quatre jours auparavant, quand assez brusquement il ressentit de violentes douleurs dans la région de l'oreille et l'hémicrâne gauche, en même temps qu'apparaissait une légère tuméfaction rétro-auriculaire. Un otologiste consulté à Nantes lui conseilla de rentrer aussitôt à Lyon pour s'y faire opérer. Depuis son retour les douleurs ont persisté très intenses, mais la température étant normale et aucun autre symptôme ne survenant, l'entourage du malade ne s'inquiétait pas ; mais la veille au soir on constate avec stupeur l'état mental anormal du malade : assez prostré et souffrant de plus en plus violemment, il ne trouve plus ses mots, appelle à tort les divers membres de sa famille auxquels il donne l'impression d'un véritable état dementiel. Dès notre arrivée, nous reconnaissons aisément qu'il s'agit d'un syndrome aphasique intense : le malade a de la surdité verbale, de la cécité verbale et est paraphasique ; il ne retrouve ni nom propre, ni mot usuel. En particulier, il ne peut donner ni son nom, ni son âge. La température est à 38°, le pouls assez lent et régulier à 60, le facies amaigri et d'aspect assez infecté. L'oreille gauche montre un conduit plein de pus ne laissant pas voir le tympan. La région mastoïdienne est tuméfiée en masse avec infiltration des téguments. Le malade ne vomit pas, ne présente pas de signes méningés, ni de paralysie périphérique. Les réflexes tendineux paraissent un peu exagérés.

Etant donné la netteté et l'intensité du symptôme aphasique avec céphalée très violente et pouls plutôt ralenti, nous faisons le diagnostic d'abcès temporo-sphénoïdal gauche compliquant une mastoïdite aiguë et nous portons un pronostic grave. Le malade est transporté peu après à la maison de santé où nous l'opérons, à 17 heures, avec l'aide du Dr CHARDON. A ce moment la température est à 39°4 et le pouls reste lent à 68. On ne peut faire un examen du fond d'œil, mais il ne paraît pas y avoir d'hémianopsie.

Intervention. — Tout le bloc mastoïdien ostéitique et suppuré est évidé en totalité ; aucune lésion osseuse de la corticale profonde, ni du tegmen ne conduit vers la cavité crânienne ou le sinus ; néanmoins, une trépanation exploratrice nous paraît s'imposer et elle est pratiquée largement au-dessus et en arrière de l'antra mastoïdien. La dure-mère est saine, paraissant un peu tendue. Après toutes les précautions aseptiques possibles, trois ponctions divergentes sont faites dans l'encéphale, mais, à notre grand étonnement, restent complètement négatives. On termine par une ponction lombaire qui donne un liquide clair ne semblant pas hypertendu et le malade est remis dans son lit avec une vessie de glace sur la tête.

Le lendemain, 15-5-29 : la température est à 38°9, le pouls à 60. Le malade a passé une nuit agitée et a reçu deux injections de morphine. Son aphasie est toujours aussi marquée, mais il n'a aucune torpeur : se rendant compte de son trouble du langage il se met à rire. Son aspect est bon. L'examen du fond de l'œil ne montre pas de stase. Le soir, le malade va mieux, sa température est descendue à 38°6, le pouls restant lent à 60 ; mais l'aphasie ne regresse pas. On lui fait une injection intraveineuse d'uroformine de 5 centimètres cubes.

Le 16-5-29, la température : 37°8, le pouls : 56 ; le soir, 37°4 et 60. L'aphasie est un peu en régression et la céphalée a disparu. Le malade s'est alimenté légèrement. Le pansement ne montre rien d'anormal. Le laboratoire, à qui avait été adressé le liquide C. R., répond : « lymphocytose marquée, glycose normal, légère hyper-albuminose à 0,40 pour 1000. Réaction méningée assez marquée. La réaction de BORDET-WASSERMANN est négative. » On refait une injection d'uroformine intraveineuse.

Le 18-5-29, le malade est complètement apyrétique depuis hier (36°9-37°2) avec pouls à 65. Très bon état général et local, mais l'aphasie persiste tout en s'atténuant peu à peu.

L'uroformine intra-veineuse est continuée jusqu'au 25 (10 injections).

Le 25-5-29, le malade se lève et se promène dans le jardin, et ne se plaint de rien, que de son aphasie qui le tracasse beaucoup. Il ne comprend pas ce qu'il lit, se trompe dans l'élocution de mots usuels et ne peut faire aucune opération arithmétique. Devant la carence de ses moyens élocutifs, il répète : « Je suis bête. » Néanmoins, les signes sont en décroissance, la plaie mastoïdienne suppure abondamment et bourgeonne peu.

Le 28-5-29. Le malade quitte la clinique. Il a présenté, le 26, une élévation thermique à 38°, précédée d'une accélération du pouls à 80-85 pendant deux jours, le tout provoqué par une légère angine. L'aphasie s'est très nettement améliorée, mais reste prédominante pour les noms propres et la lecture.

Le malade a été suivi ensuite régulièrement pour ses pansements. Son intégrité intellectuelle n'est revenue qu'assez lentement et ce n'est qu'à la fin de juin que l'aphasie a disparu complètement, même à l'occasion d'exercices provoqués. La plaie mastoïdienne s'est comblée avec une très grande lenteur par manque de bourgeonnement cicatriciel.

Le 3 septembre dernier, le malade a repris son emploi et toute sa vie normale. Il se rappelle très mal des premiers jours de son opération, mais on ne peut déceler aucune trace de son aphasie. La plaie mastoïdienne est fermée, mais il existe encore vers la pointe une petite surface déprimée non encore épidermée, mais qui ne suppure pas. Il n'y a aucune fistule profonde. Le conduit est bien sec. L'audition est relativement satisfaisante. Il est à noter que son pouls a une fréquence de 65.

Voici donc un malade pour lequel le protocole opératoire et les suites sont venus contredire notre diagnostic d'abcès cérébral. Il nous paraissait cependant, et nous semble encore rétrospectivement, des plus légitimes : conditions étiologiques et ensemble symptomatiques concouraient à nous faire affirmer l'existence d'une collection suppurée intra-cérébrale ; otorrhée déjà ancienne, faciès, ralentissement du pouls, et surtout aphasie sensorielle très intense. Même la réaction méningée lymphocytaire, comme le lendemain de l'intervention, se montrait en faveur de ce diagnostic, et l'attente fut notre surprise — nous n'osons dire notre déception — quand les recherches de l'abcès se montrèrent infructueuses. Les événements, heureusement, se chargèrent de nous convaincre et nous pensons que le délai de 5 mois est suffisant pour considérer ce malade comme guéri, et bien définitivement, d'un faux abcès cérébral d'origine otique.

Comment pouvons-nous donc expliquer, dans ce cas, la pathogénie des symptômes observés ? On admet qu'en cas d'abcès encéphalique la plupart des signes, dit de localisation, traduisent moins l'altération destructrice de la substance cérébrale par l'abcès, que la réaction inflammatoire et oedémateuse des zones avoisinantes, provoquant une inhibition fonctionnelle temporaire des centres encéphaliques. Ainsi a-t-on observé, au cours d'un abcès très limité, la coexistence de signes de localisation différents, reflets de centres assez distants. Ainsi surtout pour l'aphasie. Ceci explique d'ailleurs pourquoi ces symptômes ne sont habituellement que temporaires et même fugaces, cédant rapidement, quand le malade guérit, avec le drainage de la collection suppurée. Il est à penser que dans les cas semblables

à celui que nous rapportons, cet état d'encéphalite inflammatoire ou œdémateuse puisse se faire sans collection suppurée intra-durale, simplement par réaction de voisinage analogues à ce que nous observons partout ailleurs dans l'organisme, et plus particulièrement au niveau du tissu cellulaire orbitaire au cours des sinusites frontales. WORMS donne aussi ce processus comme probable et rapproche ces faits des données de la radiographie qui lui ont fait voir, à distance des cavités infectées, des altérations diffuses de l'image radiographique, qu'il interprète comme dues à l'infiltration œdémateuse de la dure-mère. Dans notre observation, nous saisissons en quelque sorte l'intermédiaire entre le foyer osseux mastoïdien et le trouble encéphalique sous forme de cette réaction méningée manifeste, révélée par l'analyse.

On peut d'ailleurs se demander si justement ces cas ne représentent pas les premiers stades dans le mécanisme pathogénique des abcès encéphaliques d'origine otique : stade d'œdème et d'infiltration inflammatoire aiguë, précédant l'abcès proprement dit, et qui se résorbent quand le foyer ostéitique causal a été supprimé. Pour notre malade, le caractère et la durée de l'aphasie font penser à l'intensité du processus encéphalique réactionnel.

L'aphasie au cours des oto-mastoïdites gauches ne constitue donc pas un symptôme de valeur absolue en faveur de l'abcès du cerveau. Notre observation suivie avec intérêt, vient ainsi s'ajouter aux quelques rares cas jusqu'ici publiés. L'apparition du syndrome aphasique conserve néanmoins une signification pronostique sévère, et légitime, pensons-nous, la recherche minutieuse d'un abcès encéphalique si quelqu'autre symptôme le fait redouter.

NOUVEAU TRAITEMENT DES SYNECHIES NARINAIRES

Par André BLOCH et Joseph LEMOINE

La difficulté du traitement des synéchies en oto-rhino-laryngologie est si variable, suivant les cas, qu'elle autorise leur division en deux groupes :

Les synéchies des parois osseuses ;

Les synéchies des parois molles.

* * *

Synéchie des parois osseuses

Les synéchies des parois osseuses (fig. 1), comme celles des fosses nasales par exemple, sont de bonnes synéchies, justiciables du traitement diathermique.

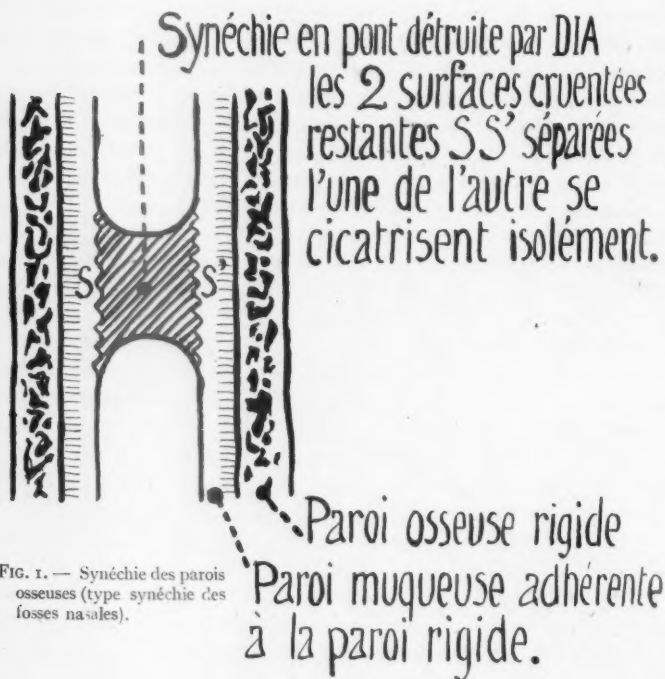


FIG. 1. — Synéchie des parois osseuses (type synéchie des fosses nasales).

Elles sont faciles à traiter pour trois raisons : 1° L'immobilité de la région permet à l'eschare de rester en place et de former un corps étranger physiologique sous lequel peut se faire la cicatrisation.

2° La rigidité des parois osseuses, auxquelles adhère le tissu mou de la muqueuse, s'oppose à leur rapprochement et à la reproduction de la synéchie.

3° Enfin, dernière raison, la plus importante de toutes, ce sont la plupart du temps, des synéchies en forme de pont et une fois détruites, les nouvelles surfaces cruentées sont entièrement isolées l'une de l'autre, chacune se cicatrisant isolément.

*
* *

Synéchies des parois molles

Les synéchies des parois molles (fig. 2), comme celles du voile ou des narines, sont au contraire de mauvaises synéchies.

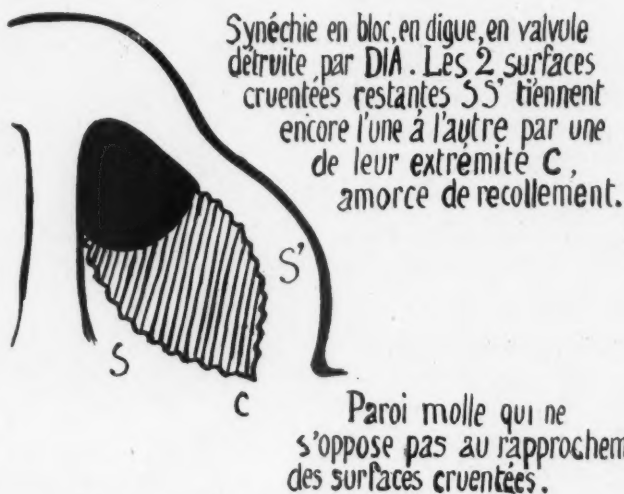


FIG. 2. — Synéchies des parois molles (type synéchies narinaires).

1° Par suite de la mobilité de ces régions, l'eschare tombe très tôt, vers le quatrième ou cinquième jour ;

2° La souplesse des parois ne s'oppose pas à leur rapprochement ;

3° Enfin et surtout, ce sont la plupart du temps des synéchies à charnière, en forme de bloc, de digue ou de valvule. Une fois détruites, elles présentent deux surfaces cruentées, qui restent toujours en contact par une de leurs ex-

trémities, sorte de charnière à vif dont le pouvoir d'accolement est invincible et qui reproduit invariablement la synéchie.

La difficulté du traitement de ces synéchies a toujours été, extrême. En parcourant la littérature chirurgicale à ce sujet, on est frappé du nombre des procédés qui n'a pour limite que la fertilité de l'imagination humaine. On peut grouper les idées directrices qui ont guidé les différents auteurs en trois groupes :

A) **Section chirurgicale de la synéchie avec calibrage par corps étranger laissé en place.** — Les uns cherchent à faire obstacle à la cicatrisation naturelle et au ré-accolement qui en résulte, en interposant dans l'orifice, un corps étranger sur lequel doit se modeler la cicatrisation. C'est en effet l'idée la plus simple, celle qui vient la première à l'esprit. Ils utilisent quantité de substances, depuis le coton saupoudré d'aristol, des lames de carton, un tampon de gaze iodoformée, l'éponge chirurgicale, les tiges de laminaire, jusqu'aux plaques de gutta-percha, de celluloid, de mica, des lames de liège, du taffetas gommé, des sondes de gomme, des plaques métalliques de maillechort, de plomb, d'étain et la série des dilateurs métalliques, dont celui de Gault (de Dijon) est le type.

Le caoutchouc durci et surtout souple mérite une mention spéciale parce que le contact en est doux et produit une dilatation progressive favorable à l'effet cherché.

Mais cette méthode donne de mauvais résultats parce que le corps étranger irrite le tissu à vif et, loin de guider l'épidermisation, il la gêne et même l'arrête.

On a cherché à tourner la difficulté en créant, par cautérisation ou électro-coagulation, un corps étranger physiologique qui resterait assez longtemps pour permettre à la cicatrisation de se faire au-dessous de lui.

Quel que soit le moyen employé, le résultat reste mauvais.

B) **Méthodes par greffes épidermiques.** — D'autres, ayant compris que la difficulté résidait dans le manque d'épidermisation, apportent cet épiderme tout fait. Ils utilisent la greffe en l'empruntant soit aux tissus tout proche, en ourlant la cicatrice par exemple, soit aux tissus plus éloignés, greffes à pédicules, ou plus éloignés encore ; tel le cas humoristique de Mark Hovall qui suture un fragment de prépuce d'enfant à la partie inférieure du voile d'une jeune artiste londonienne.

Ces méthodes par greffe sont un gros progrès sur les précédentes au point qu'elles ont été définitivement adoptées quand on ne craint pas de déformer la région voisine, en y prélevant le tissu à greffer. C'est le cas des syndactylies.

Dans les synéchies nasaires, l'épaisseur de la greffe qui peut gêner la respiration et surtout la déformation disgracieuse qu'elle entraîne si on emprunte la lambeau au tissu de la lèvre supérieure, sont deux graves inconvénients.

C) **Méthode par épidermisation réduite à la charnière.** — Un troisième groupe de chercheurs, s'inspirant du traitement des syndactylies, étudiées il y a un siècle environ, est guidé par l'idée suivante :

Nous avons insisté précédemment sur la difficulté du traitement des synéchies des parois molles. Celles-ci une fois détruites, présentent deux surfaces cruentées qui restent toujours en contact par une de leurs extrémités. Le problème consistait donc à couper la route à la sténose en créant, au niveau de la charnière, un canal épidermisé qui fasse obstacle à cette force d'accolement et transforme la synéchie en forme de bloc, de digue ou de valvule en synéchie en forme de pont beaucoup plus favorable.

Le succès est absolument indépendant des dimensions de la greffe, puisqu'il suffit d'une fistule invisible, admettant seulement un fil d'acier de $4/10$ de millimètre pour empêcher le recollement d'une synéchie.

Les uns cherchent à créer ce canal épidermisé en introduisant un corps étranger dans l'angle de la sténose. Cette méthode déjà employée pour le traitement des syndactylies, par un viennois, Rudtorffer, a été reprise, en oto-rhino-laryngologie pour le traitement des synéchies nasales et vélo-pharyngées, par le Dr Jacques de Nancy et bien exposée par son élève Jean Cablan dans sa thèse. Ils intitulent avec à propos cette méthode : « Procédé de la boucle d'oreille ».

Traitement de la syndactylie par le procédé de Rudtorffer

L'auteur eu l'idée d'introduire un fil de métal à l'angle de l'espace interdigital (fig. 3 A) et de l'y laisser jusqu'à l'épidermisation du canal ainsi formé, ce qui exige un certain temps. Puis, fendant l'espace interdigital

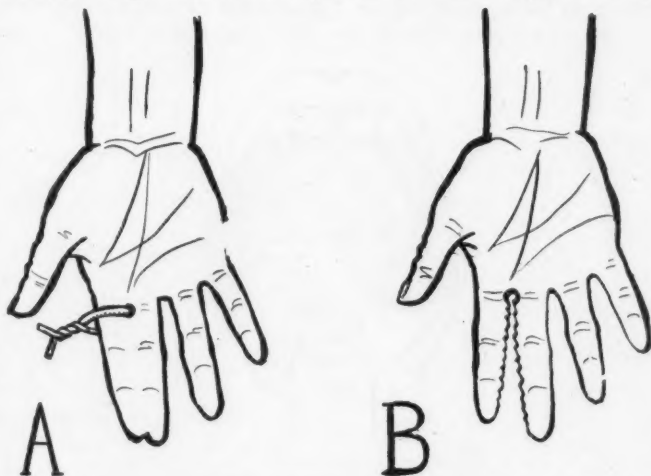


FIG. 3. — Traitement des syndactylies par le procédé de Rudtorffer.

A. Mise en place du fil.

B. Après épidermisation du canal, section de la synéchie.

dans toute sa longueur (fig. 3 B), il écarte les deux doigts ainsi libérés en les laissant s'épidermiser isolément.

**Traitement des synéchies narinaires et vélo-pharyngées
par « le procédé de la boucle d'oreille »**

Jacques et son élève Jean Cablan introduisent dans la narine synéchiée deux ou trois fils métalliques qu'ils laissent en place le temps nécessaire à l'épidermisation des canaux créés. Puis, fendant la narine en réunissant ces divers tunels épidermiques, ils obtiennent une destruction complète de l'adhérence (fig. 4).

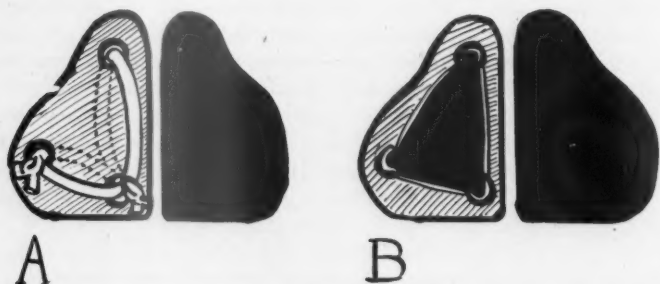


FIG. 4. — A. Mise en place du fil.

B. Section après épidermisation.

Il en est de même pour le voile. Introduisant un drain caoutchouté de chaque côté, à la limite externe du voile, là où celui-ci devrait se séparer

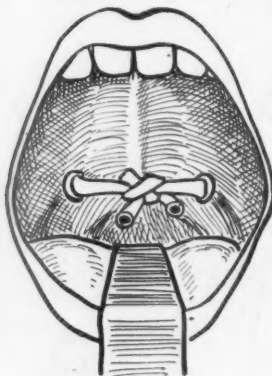


FIG. 5.

de la paroi postérieure (comme l'indique la fig. 5) ils le laissent suffisam-

ment longtemps pour créer, de chaque côté, un canal épidermisé. Puis, fendant le voile, ils obtiennent ainsi la libération de la synéchie.

La longueur et l'incertitude de ce traitement nous a incité à le perfectionner et, sur les conseils de notre ami Jean Quénu, nous avons étudié les différents modes de traitement des syndactylies.

Traitement des syndactylies par le procédé de Félizet

C'est celui qui nous a spécialement intéressé. Pour traiter les syndactylies, cet auteur crée un canal épidermique par greffe, en faisant glisser dans

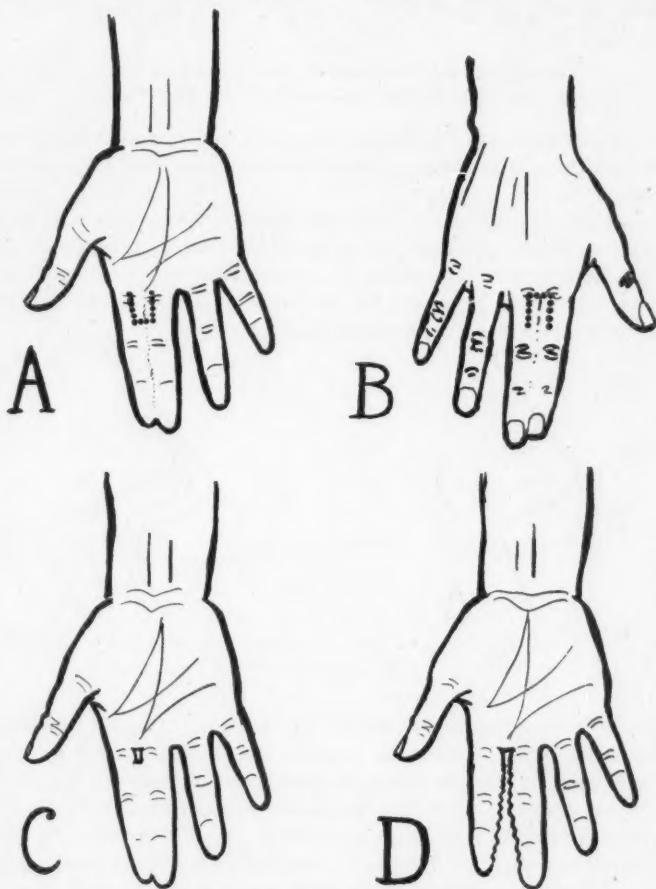


FIG. 6. — Traitement des syndactylies par le procédé de Félizet.

A. Greffe palmaire avec lambeau à charnière supérieure.

B. Greffe dorsale avec lambeau à charnière inférieure.

C. Création d'un canal épidermique.

D. Au fond l'espace interdigital.

l'angle de la synéchie une double greffe cutanée (voir fig. 6) : une palmaire avec lambeau à charnière supérieure (fig. 6 A) qu'il glisse en arrière dans l'espace interdigital ; l'autre dorsal, avec lambeau à charnière inférieure (fig. 6. B), qu'il glisse en avant dans le même espace, créant le canal épidermique cherché en une quinzaine de jours (fig. 6. C). Puis, fendant l'espace interdigital comme dans le procédé de Rudtötter, il obtient la cicatrisation et l'épidermisation séparée de chaque doigt (fig. 6. D).

Ce procédé adapté aux synéchies narinaires nous a permis de les guérir très facilement et beaucoup plus rapidement que par le « procédé de la boucle d'oreille ».

Technique du traitement des synéchies narinaires par le procédé de la « greffe en charnière »

Ce procédé consiste à introduire une greffe épidermique étroite empruntée à la cicatrice elle-même dans l'angle de la synéchie sectionnée chirurgicalement.

Nous ne parlerons pas des sténoses narinaires complètes, n'en ayant pas encore rencontré. Il semble exceptionnel en effet qu'il ne reste pas, dans l'angle antérieur de la synéchie, un imperceptible canal épidermique, invisible à l'œil nu, mais révélé, dans une crise de larmes par exemple, par une goutte apparaissant à l'orifice de ce canal invisible.



FIG. 7. — A. Sténose narinaire incomplète.
A'. La même, en coupe.

Soit une sténose narinaire incomplète (fig. 7. A) qui réduit l'orifice narinaire à une fistule insignifiante, marquée F sur la figure. Pour la commodité de la description, on peut décrire le procédé en trois temps :

Premier temps. — Le problème consiste à disséquer un lambeau de l'épiderme cicatriciel L, recouvrant la synéchie en lui conservant un pédicule postérieur marqué P sur la figure 8. On récline ce lambeau en bas (fig. 9), découvrant ainsi le tissu cicatriciel de la synéchie mis à vif et obstruant la narine.

Deuxième temps : On perfore et découpe en rondelle de saucisson ce tissu cicatriciel C, sous-jacent à l'épiderme (fig. 10).

Nous recommandons de couper largement surtout au niveau de la charnière, marquée sur la figure par la lettre P. On crée ainsi, en vue de la rétraction cicatricielle, un orifice narinaire plus grand que celui qu'on veut obtenir.

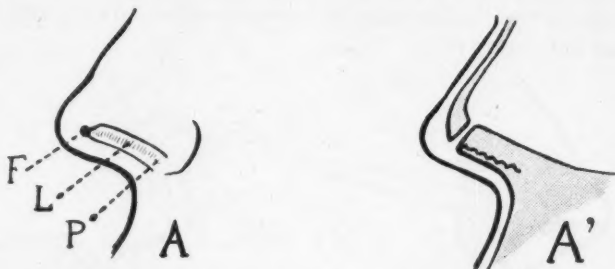


FIG. 8. — A. Dissection d'un lambeau épidermique cicatriciel L à pédicule L.
A'. La même figure, en coupe.

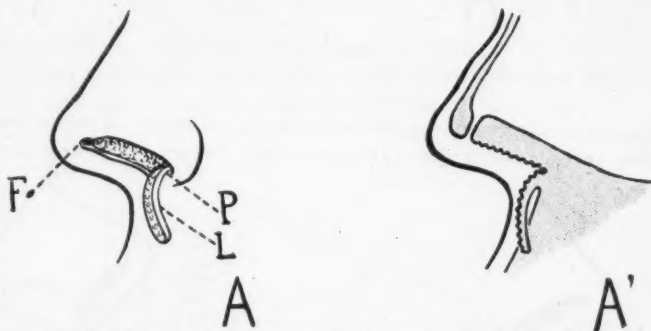


FIG. 9. — On récline en bas le lambeau épidermique L de la figure précédente
A'. La même figure, en coupe.

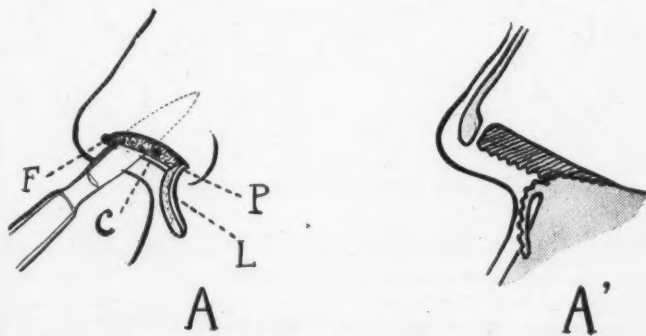


FIG. 10. — A. On découpe le tissu cicatriciel sous-jacent à l'épiderme qui obture la narine.
A'. La même figure, en coupe.

Troisième temps. — Une fois le canal créé (fig. 11), on s'apprête à enfourir le lambeau L, dans l'angle postérieur et inférieur du nouveau canal narinaire, en faisant basculer ce lambeau autour de son pédicule charnière P., pour l'enfourir dans la narine. Pour cela, à l'extrémité libre E du lambeau L, avec une aiguille très fine, on passe un crin qu'on laisse dépasser également de chaque côté (fig. 12 et 13).



FIG. 11. — A. Le canal narinaire est créé.
A'. La même figure, en coupe.

Puis, avec une petite aiguille de Reverdin, on pique la narine assez en arrière, en un point Z (fig. 14) pris au jugé, distant de l'orifice narinaire

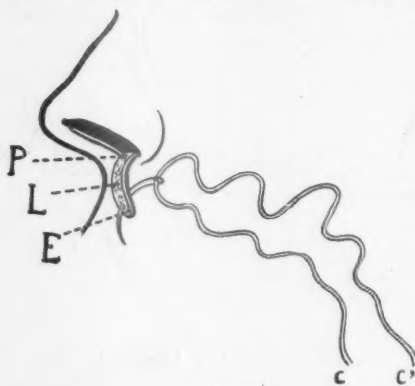


FIG. 12. — On passe une aiguille très fine à l'extrémité E du lambeau L.



FIG. 13. — On passe un crin à l'extrémité libre du lambeau.

d'une longueur approximativement égale à celle du lambeau. On fixe à l'aiguille les deux extrémités cc' du crin qu'on ramène en arrière (fig. 15). Ceux-ci entraînent l'extrémité E du lambeau mobile qui s'enfouit dans

l'angle inférieur du nouvel orifice narinaire, et empêchera la soudure de cet angle. On noue les deux extrémités du fil, à cheval sur un drain qui les retient, et la plastique est terminée (fig. 16).

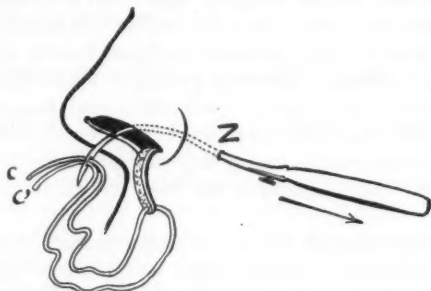


FIG. 14. — Avec une aiguille de Reverdin, enfoncée dans la fosse nasale, on va chercher les extrémités CC' du crin de la figure précédente.

Suites opératoires. — Elles sont extrêmement simples.

Une mèche imprégnée d'huile eucalyptolée renouvelée tous les jours pendant 7 jours suffit à écarter les surfaces cruentées.

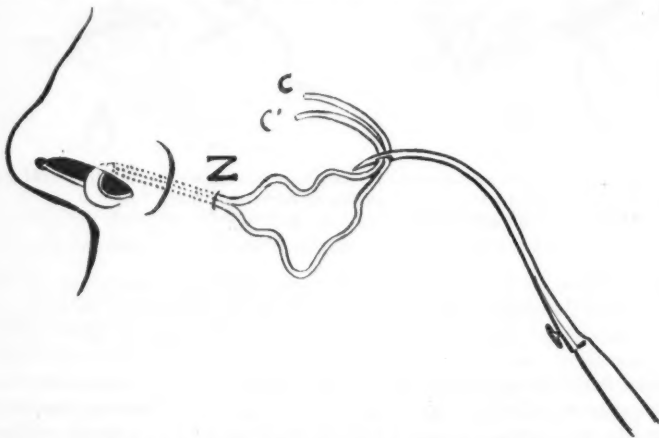


FIG. 15. — On ramène en arrière les deux extrémités libres CC' du crin de la figure précédente.

A cette époque, on coupe le crin, s'il n'est pas tombé spontanément vers le troisième ou quatrième jour, incident sans importance, puisque le lambeau, maintenu par le méchage, est déjà assez fixé à cette époque, et on remplace la mèche imbibée d'huile eucalyptolée par une autre mèche imprégnée de pommade à l'oxyde de zinc, jusqu'à la cicatrisation qui est complète vers le 12^e ou 15^e jour.

Reste la rétraction secondaire des surfaces cruentées qu'il faut combattre, dès l'épidermisation terminée, par le *calibrage*.

L'opération consiste à introduire dans la nouvelle narine ainsi créée un tube de caoutchouc, comme l'embout utilisé pour le lavage des bouchons de cérumen, et dont on coupe l'extrémité effilée. Ces séances de calibrage, se font plusieurs fois par jour, pendant quelques heures, ou plus simplement la nuit. Le calibrage doit être poursuivi longtemps, six mois en moyenne. Douloureux au début et quelquefois mal supporté par l'épiderme fragile, il doit être mené avec précaution, en limitant le temps de dilatation, et en imprégnant la région de pommade à l'oxyde de zinc. Au bout d'un mois environ, l'épiderme est assez résistant pour rendre les séances faciles.

Voici l'observation résumée de notre première malade, que M. le Dr BALDENWECK a eu l'obligeance de nous confier, et qui a été traitée, avec plein succès, par cette méthode.

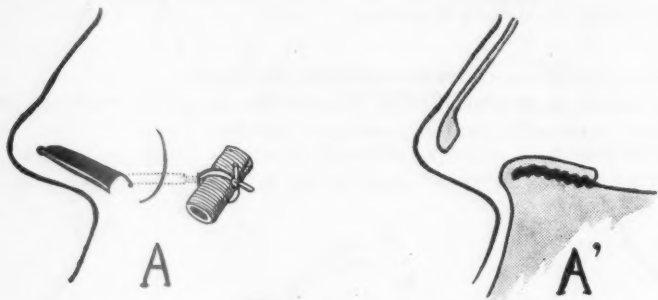


FIG. 16. — A. On enfouit le lambeau dans l'angle inférieur de la narine, en le retenant par le crin dont les deux extrémités sont nouées à cheval sur un morceau de drain.

A'. La même figure, en coupe.

Observation. — L'enfant X..., âgée de 15 ans, vient nous consulter, en mai 1928, pour une occlusion complète des deux narines, celle-ci est consécutive à un lupus traité électriquement (? ?), mais nous n'avons pu préciser, s'il s'agissait de galvano-cautérisation ou d'électro-coagulation.

Le lupus date de deux ans. La première intervention date de 6 mois. La deuxième séance, faite un mois après, sans doute trop intense et surtout trop étendue, a provoqué une sténose complète des deux narines. Celle-ci s'est formée du 15^e au 30^e jour, malgré les efforts du chirurgien qui introduisait journellement des morceaux de coton dans les narines pour en empêcher la soudure.

Actuellement, ainsi que le montre la figure 17, représentant le nez vu d'en-dessous, les deux narines paraissent entièrement soudées. Elles ne le sont pas tout à fait cependant, car, au cours de crises de larmes, la surveillante du service nous a signalé qu'une goutte de liquide perlait à l'extrémité antérieure de la cicatrice narinaire. En effet, en explorant minutieusement cette cicatrice avec un fil d'acier à serre-nœud de 1/10 de millimètre de section, nous avons constaté l'existence d'une fistule, invisible à l'œil nu, et siégeant à l'extrémité antérieure de ce qu'avaient été les narines droite et gauche.

Ce pertuis, malgré sa petitesse était suffisant pour empêcher l'accrolement antérieur de la plaie, et ceci simplifiait beaucoup notre traitement, puisqu'il ne restait plus maintenant qu'à épidermiser l'extrémité postérieure de l'orifice narinaire. C'est dans cet angle narinaire postérieur que nous devons chercher à introduire une greffe épidermique empruntée à la cicatrice elle-même.

Technique opératoire. — Elle a été décrite précédemment, nous n'y insisterons pas :

1^o Découpant un lambeau cutané, à pédicule postérieur, sur la cicatrice narinaire, nous l'avons récliné en bas.

2^o Puis détruisant chirurgicalement la sténose elle-même, en découpant « en rondelle de saucisson » le tissu fibreux qui fermait l'orifice, nous avons rétabli la perméabilité nasale. Ayant donné au canal ainsi créé les dimensions d'un orifice normal, cet orifice s'est trouvé trop petit après cicatrisation.

3^o Enfin faisant basculer le lambeau cutané autour de son pédicule nous l'avons enfoui profondément dans l'extrémité postérieure de la narine, pour détruire l'adhérence naturelle de cette charnière qui aurait infailliblement reproduit la synéchie.

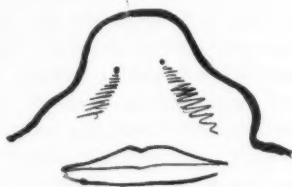


FIG. 17. — Avant traitement.



FIG. 18. — Après traitement.

Suites opératoires. — Méchage à l'huile eucalyptolée — on ôte le crin le 7^e jour — pommade à l'oxyde de zinc : la cicatrisation était complète le 10^e jour.

Pour cette première intervention, nous avons tardé à faire le calibrage caoutchouté, ce qui explique que nous ayons eu un resserrement marqué du nouvel orifice.

Nous avons agi très prudemment au début, parce que nous utilisons ce procédé pour la première fois, et après expérience, nous insistons sur ces deux points 1^o Ne pas craindre de créer un orifice trop grand pour obtenir, après cicatrisation, un orifice narinaire suffisant ; 2^o calibrer dès la cicatrisation obtenue. Notre timidité nous a obligés à intervenir 2 fois à gauche et 3 fois à droite. L'orifice narinaire gauche de forme et de calibre normal, opéré il y a un an, n'est plus calibré depuis 6 mois. La dernière intervention à droite date de 2 mois, et la malade maintient le résultat obtenu par calibrage.

En résumé il existe trois procédés pour traiter une synéchie narinaire :

La greffe épidermique.

Le procédé de « la boucle d'oreille »

Et celui de « la greffe en charnière ».

La *greffe épidermique*, procédé rapide, a l'inconvénient de déformer la lèvre supérieure sur laquelle on prélève le lambeau.

Le *procédé de « la boucle d'oreille »* est difficile à réaliser. Il faut avoir tenté soi-même de passer des fils d'argent, ou même des anneaux perfectionnés, comme nous en avons fait construire pour le traitement des synéchies du voile du palais, pour juger de la difficulté du procédé. De plus « la boucle d'oreille » doit rester en place très longtemps si l'on veut être sûr d'un bon résultat. D'après plusieurs essais personnels, nous estimons qu'il faut laisser l'anneau, pendant quatre mois dans la peau, et deux mois dans la muqueuse, pour que le trajet ait le temps de s'épidermiser.

Le *procédé de « la greffe en charnière »*, ne présente aucun des inconvénients précédents, la lèvre reste intacte, la technique en est facile, et l'épidermisation en est complète en douze à treize jours. Le seul inconvénient, qui existe aussi dans le procédé de « la boucle d'oreille », est la tendance rétractile de la surface cruentée qui est combattue avec douceur et plein succès par le calibrage caoutchouté.

TRAITEMENT DE LA SURDITÉ PAR LA DIATHERMIE

Par MM. MOULONGUET et DONIOL

Nous présentons brièvement ici les résultats d'une série de traitements diathermiques pratiqués à l'Hôpital Boucicaud.

En vue de préciser les indications de ce traitement, nous avons choisi nos cas, et n'avons traité que deux catégories de surdité : des otospongiozes et des catarrhes tubaires chroniques.

La technique utilisée a toujours été la même ; nous nous sommes servis de l'appareil d'Hennuy. Malade assis sur une large électrode indifférente ; l'électrode active, humide, constituée par une nappe de morceaux de coton mouillés introduits dans le conduit auditif et tout autour de l'oreille recouverte par une lame de plomb ; le courant est progressivement augmenté jusqu'à la limite extrême de chaleur que puisse endurer le malade. Durée des séances : 10 minutes. Rythme : 2 séances par semaine.

A) Nous avons traité cinq femmes chez lesquelles le diagnostic d'otospongiose paraissait indiscutable en raison de l'intégrité morphologique du tympan, de l'évolution progressive et insidieuse de l'affection, en raison de la formule accoumétrique caractérisée par un Schwabach fortement prolongé, un Weber latéralisé vers l'oreille la plus sourde, un Rinné négatif, un signe de Gellé négatif, par l'élévation marquée du seuil inférieur de l'échelle tonale et, enfin, de la perméabilité de la trompe d'Eustache au Politzer.

Observations

1. M^{lle} CHIC..., 37 ans. Début insidieux de surdité il y a sept ans environ ; évolution progressive. Bourdonnements graves, plus forts la nuit.

Montre perçue au contact, à droite ; à 5 centimètres, à gauche.

Voix chuchotée : à 10 centimètres à droite ; à 30, à gauche.

En juin, juillet et octobre, 18 séances de diathermie. En novembre, l'audition est exactement la même, les bourdonnements seraient moins intenses la nuit.

2. M^{me} Leb., 29 ans. Surdité progressive, remontant à environ cinq ans. Crises de vertiges fréquentes ; parfois otalgie passagère.

Montre perçue au contact, à droite ; à 30 centimètres à gauche.

Voix chuchotée : à 25 centimètres à droite ; à 1 mètre à gauche.

En octobre 1928, 9 séances de diathermie.

En février 1929, audition sans changement ; n'a pas eu de crises de vertiges ni d'otalgie depuis le traitement.

3. M^{lle} Bo..., 33 ans. Début des bourdonnements vers l'âge de 18 ans. Depuis trois ans, la surdité évolue progressivement.

Montre perçue au contact, à droite ; à 30 centimètres, à gauche.

Voix chuchotée : à 30 centimètres, à droite ; à 1 mètre, à gauche.

En juillet et août 1928, 11 séances de diathermie.

En décembre, audition sans changement ; bourdonnements non améliorés.

4. M^{lle} Plic..., 28 ans. Depuis un an, diminution progressive de l'audition. Il y a six mois, apparition de sifflements dans les oreilles, très pénibles.

Voix chuchotée : à 1 mètre, à droite et 1 m. 50, à gauche.

En juillet et août 1929, 9 séances de diathermie.

En octobre, on ne constate aucune amélioration de l'audition ; les sifflements ont un timbre moins grave et sont moins gênants.

5. M^{lle} Mel..., 42 ans. Surdité progressive, remontant à plusieurs années.

Voix haute perçue à 5 centimètres, à droite et au contact, à gauche.

En juin et juillet 1928, 10 séances de diathermie.

En septembre, on ne constate aucune amélioration.

A côté de ces cinq malades qui ont suivi le traitement jusqu'au bout, nous en avons traité une demi-douzaine qui ont lâché en cours de route, soit par indifférence, soit, dans deux cas, à cause de l'apparition de bourdonnements et de vertiges violents.

B) Notre second groupe de malades comprend des sujets chez lesquels l'originale tubaire de la surdité ne saurait être mise en doute : surdité apparue brusquement au cours d'un épisode infectieux du naso-pharynx ; tympan refoulé avec saillie de l'apophyse externe.

1. M. Fu..., 66 ans. Surdité de l'oreille gauche apparue brusquement, il y a six mois après grippe ; sensation de lourdeur dans l'oreille. La politzérization n'amène qu'une amélioration passagère.

Voix haute perçue à 1 mètre, à droite.

Voix chuchotée non perçue.

Dès la deuxième séance, le malade entend la voix chuchotée.

Après 10 séances de diathermie, voix chuchotée perçue à 2 mètres, à droite ; à 3 mètres, à gauche. La sensation de pesanteur de l'oreille a disparu.

2. M. Pi..., 30 ans. Catarrhe tubaire droit après sinusite. Début, il y a un mois et demi, Voix haute perçue à 80 centimètres.

Voix chuchotée non perçue.

Après 8 séances, en novembre 1928, la voix chuchotée est perçue à 3 mètres.

3. M^{lle} Vaud..., 42 ans. Catarrhe tubaire remontant à trois ans, non amélioré par Politzer ni par cautérisation des cornets inférieurs.

Voix chuchotée perçue à 80 centimètres, à droite ; à 60 centimètres, à gauche.

En juillet et août 1928, 8 séances de diathermie.

En octobre, voix chuchotée perçue à 2 mètres des deux côtés.

4. M. Ho..., 50 ans. Catarrhe tubaire de l'oreille gauche, consécutif à une grippe. Le malade conserve une pénible sensation d'oreille bouchée, malgré une série de politzérizations qui n'amènent qu'une amélioration passagère.

Montre perçue à 40 centimètres, à droite ; au contact, à gauche.

Voix chuchotée à 3 mètres à droite ; à 5 centimètres à gauche.

Après 8 séances de diathermie, la montre est perçue à 20 centimètres à gauche, et la voix chuchotée est perçue à 1 m. 50. La sensation d'oreille bouchée a disparu.

Conclusion

Les résultats de la diathermie dans le traitement de nos otospongieux ont été pratiquement nuls. Dans trois cas, on note une certaine amélioration des vertiges et bourdonnements d'oreilles, mais il faut noter qu'au contraire, d'autres malades n'ont pas pu poursuivre ce traitement du fait de l'apparition et de l'augmentation de ces troubles.

Au contraire, les résultats de la diathermie dans les surdités tubaires paraissent excellents et cette méthode semble capable d'obtenir de bons résultats dans des cas où la politzérisation avait été inefficace.

CANCER DE LA CORDE VOCALE DROITE CHEZ UNE JEUNE
FILLE DE 22 ANS GUÉRI A LA SUITE DE CORDECTOMIE
PAR THYROTOMIE. APRES TYHROTOMIE COMPLICATION :
PÉRICHONDRITE DE LA LAME DROITE DU CARTILAGE THY-
ROÏDE, GUÉRIE PAR L'EXTIRPATION TOTALE DE LA LAME
MALADE.

Par ERNEST SAARESTE

Professeur agrégé de la Clinique Oto-Rhino-Laryngologique
de la Faculté de Médecine de l'Université de Tartu (Estonie)

Quoique on ne rencontre pas le cancer exclusivement chez les personnes âgées, nous sommes pourtant frappé de le révéler chez les sujets jeunes et les enfants, pour la rareté du fait à cet âge-là.

Je me permets d'exposer ici brièvement un cas de cancer de la corde vocale chez un sujet jeune qui offre peut-être autrement un certain intérêt.

V. T., étudiante en médecine, âgée de 22 ans, vint chez moi le 12 octobre 1927 à mon cabinet de consultation, en me priant de lui enlever la tumeur de sa corde vocale, constatée déjà par son médecin, qui avait formulé le diagnostic : papilloma chordae vocalis dextrae.

Histoire. — En prenant des leçons de chant en automne 1925 la consultante sentit souvent la fatigue de sa voix, spécialement quand elle chantait des tons hauts, et remarqua en même temps que sa voix n'avait plus le son pur d'autrefois.

En été 1926 sa voix s'était remise complètement. Dès que le beau temps était loin, elle a reconnu la même faiblesse dans sa voix, et, à Noël 1926, cela lui était tout à fait impossible de chanter les tons hauts. Peu à peu l'état s'empira à un tel point que même en parlant la voix était rauque et enrouée, de sorte qu'elle se vit forcée de consulter un laryngologue, qui avait constaté une petite tumeur de la partie postérieure de la corde vocale droite. Suivant le conseil du médecin consulté, elle commença à contrôler sa température qui montait parfois un peu au-dessus de 37°. Puisqu'un traitement conservateur n'avait donné point de résultat, au contraire la tumeur augmentait sans cesse, son médecin lui conseilla, en octobre 1927, de s'adresser à moi pour une thérapie chirurgicale. La mère de notre malade avait remarqué il y a 6 ans, à l'âge de 36 ans, à la surface de son sein une petite résistance limitée et bien dure, laquelle était enlevée par précaution par M. le professeur Wanach à la seconde Clinique Chirurgicale de l'Université de Tartu. L'examen histologique de cette loupe révéla un cancer. Jusqu'aujourd'hui la mère de la malade est en bonne santé.

Voici maintenant ce que révèle l'examen de la malade qui est de petite taille et nor-

malement développée. Voix rauque, dysphonique. A l'inspection laryngoscopique on peut bien voir que toute la corde vocale droite est infiltrée et rougie ; dans sa partie postérieure on distingue une tumeur rouge papillomateuse, spécialement volumineuse aux environs du processus vocalis.

La partie antérieure de la corde vocale, dans la région de la commissura anterior, est moins infiltrée et paraît être épargnée par la tumeur, le cartilage aryténoïde du côté malade est d'un aspect normal. Puisque la malade avait eu déjà avant des températures subfébriles et, vu son jeune âge, j'ai pensé tout d'abord à des granulations tuberculeuses. Malgré cela, j'ai pratiqué une biopsie de la corde vocale. La réponse du laboratoire (Institut Pathologique de l'Université de Tartu, prosecteur Dr A. Valdes) était pour moi une grande surprise. L'examen histologique de ce fragment prélevé révéla un cancer pavimenteux. La tumeur était d'une nature spécialement maligne : les noyaux de cellules montrant beaucoup de mitoses irrégulières, les noyaux eux-mêmes anormaux, des noyaux entassés (voir le dessin histologique). Comme la tumeur était déjà bien avancée, et que le pronostic de cancer chez les sujets jeunes est particulièrement fatal, l'intervention chirurgicale s'imposait d'urgence.

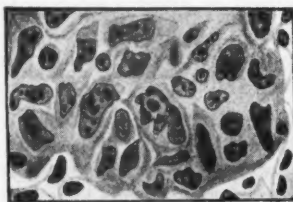


FIG. 1. — Irrégularité des noyaux des cellules de cancer de la corde vocale. Agrandissement ca 1.000 fois.

Le 5 novembre 1927 j'ai pratiqué l'extirpation totale de la corde vocale malade par thyrotomie. L'opération — thyrotomie et trachéotomie supérieure était faite en une seule séance sous l'anesthésie locale. Après l'ouverture du larynx on pouvait voir la tumeur qui était à peu près de la taille d'un petit pois — bien plus grande qu'on n'aurait pu le soupçonner après l'examen laryngoscopique. L'apophyse vocale était aussi infiltrée par la tumeur. J'ai séparé avec la rugine toutes les parties molles de la face interne cartilagineuse et j'ai fait l'excision de la corde vocale malade bien profondément dans les tissus normaux ; ainsi c'était nécessaire d'enlever aussi l'apophyse vocale. Après avoir assuré l'hémostasie j'ai fermé les lames de la thyroïde en appliquant trois sutures de catgut très mince sur le péri-chondre.

Les trois premiers jours après l'opération la malade avait une fièvre assez élevée. Le premier jour 38°8 — 38°9, le deuxième 39°5 — 39°7, le troisième 38°8 — 37°4. Puis la température devient normale, la malade se sent tout le temps très bien. Puisque dans le larynx il ne s'était produit aucune réaction après l'opération, j'ai sorti la canule 48 heures après. La malade quitta la Clinique en bonne santé 10 jours après l'opération.

M. le prosecteur Dr A. VALDES a examiné ensuite histologiquement par coupes en séries toute la tumeur extirpée. Le résultat de l'examen de ces

coupes histologiques était le même qu'auparavant. L'apophyse vocale était aussi infiltrée par le cancer. En outre, on pouvait constater que la tumeur a été totalement enlevée car dans les parties limitantes du morceau extirpé il n'y avait point de cellules carcinomateuses. La marche de la malade n'était point si favorable aux jours suivants, car il y a eu une grave complication, notamment une chondrite et périchondrite purulente de la lame droite du cartilage thyroïde. Après avoir quitté la Clinique la malade commença à avoir des températures subfébriles. La déglutition devient douloureuse. Sur la cicatrice de l'opération au cou se forma un abcès. A l'inspection laryngoscopique on voit que la paroi droite du larynx est gonflée et rouge. J'ai ouvert l'abcès au cou et j'ai drainé la plaie avec de la gaze à rivanole. Malgré les bons soins, le bon drainage, les compresses, le traitement de « sollux » et d'autre traitement conservatif et antiphlogistique, la suppuration ne cessa point. La déglutition était variable : quelquefois facile, puis douloureuse. Les symptômes d'une sténose du larynx se déclarèrent, quoique pas graves. La malade souffrait de dyspnée en marchant un peu plus vite ou en montant les escaliers.

Laryngoscopie. — Toute la paroi droite du larynx est saillante vers la cavité laryngienne. Le 12/XII/27, 6 semaines après la thyrotomie, un séquestre cartilagineux nécrosé de 1 centimètre 0,5 cm. sortit de la plaie, après quoi la suppuration diminua essentiellement, augmentant plus tard à nouveau. La thérapie conservatrice de périchondrite ne donnant point d'amélioration, j'ai dû entreprendre sous l'anesthésie générale la résection partielle de la lame droite du cartilage thyroïde sous périchondre. J'ai enlevé la plus grande partie de la lame droite, qui était particulièrement amollie et rougie. Après l'opération se forma un œdème de la région du cartilage aryénoïde, et du repli ary-épiglottique. En même temps le cartilage aryénoïde devint immobile, mais seulement pour peu de temps. Après cette opération l'état s'améliora considérablement, la suppuration cessa presque tout à fait; la déglutition était bonne, même la température devint normale. Mais bientôt la situation s'empira de nouveau et j'étais forcé de recourir à la même opération, cette fois-ci plus radicale : sous l'anesthésie générale sans trachéotomie préalable j'ai fait maintenant sous périchondre l'ablation totale de la lame droite du cartilage thyroïde en éloignant aussi ses cornes tant qu'elles étaient accessibles et j'ai tamponné la plaie avec des mèches de gaze à iodoforme. Après quoi les symptômes de périchondrite ci-dessus mentionnés disparurent complètement et la cicatrisation de la plaie se fit sans complications. Chez la malade qui ne pouvait que chuchoter jusqu'à présent se développa dans la durée de quelques semaines une voix sonore, lui permettant de parler distinctement.

Quoique le larynx de la malade eût guéri tout à fait, elle continua à avoir des températures subfébriles. Plusieurs internistes éminents avaient examiné les poumons de notre malade avant et après la thyrotomie et le résultat de tous ces examens était négatif (l'examen radiographique était omis). En été 1928 la malade n'avait plus de fièvre, mais au commencement de l'au-

tomme la fièvre l'a repris. En septembre 1928, un examen (D^r ARRAK) approfondi physique et radiographique révéla des lésions tuberculeuses au poumon droit.

Percussion. — Matité peu accusée à droite jusqu'à la moitié du scapulum.

Auscultation. — Respiration un peu rude. Peu de râles hymides.

Radiographie. — Diaphragme normal et libre, les hiles fibreux intenses ; contenant des nodules calcifiés.

Le dessin général des poumons bien prononcé, au sommet droit quelques foyers productifs induratifs, moins de petits foyers productifs aussi dans le 2^e et 3^e espace intercostal. Le sommet gauche légèrement voilé. En automne 1928 j'ai montré la malade à la Société de médecins estoniens de Tartu comme un cas de cancer guéri. Quelques collègues exprimaient à cette occasion leur doute sur l'exactitude du diagnostic, soupçonnant chez cette malade atteinte de tuberculose du poumon droit, un processus chronique tuberculeux de la corde vocale droite du larynx, simulant dans les coupes histologiques un cancer. Mais quand les coupes histologiques en série furent présentées à leur contrôle, personne n'a pas pu plus considérer ce cas comme l'objet d'une erreur ou tout au moins d'une insuffisance de diagnostic.

Depuis l'opération initiale se sont écoulés presque 2 ans et 1/2 ; jusqu'à présent point de récurrence. La voix de la malade a une tonalité assez bonne, quoiqu'un peu voilée. Etendue de la voix : six notes, de *sol* jusqu'à *mi*¹. A la place de la corde vocale extirpée s'est formée une cicatrice fonctionnante comme corde vocale. Au mois de mai 1928 j'ai excisé la cicatrice enlaidissante du cou, transformant la cicatrice verticale en horizontale en grande partie, ce qui est plus favorable sur le point cosmétique. L'état des poumons est beaucoup amélioré depuis le 11/1/28. Aussi bien d'après l'examen physique (peu de râles humides) que radiologique. La température a été pendant ces derniers mois, normale et en général la santé de la malade est bonne, elle peut continuer ses études en médecine sans interruption. En palpant le larynx on ne trouve plus le manque de la lame droite du cartilage thyroïde, il paraît que le périchondre a produit de nouveau cartilage.

Le cas présente mérite d'être mentionné pour beaucoup de causes. Tout d'abord c'est une rareté exceptionnelle, car on ne trouve pas souvent le cancer chez les jeunes personnes, c'est d'autant plus intéressant qu'il s'agit ici de cancer précoce chez la femme dans deux générations consécutives. Remarquons encore le fait intéressant, que les cas de cancer du larynx chez les sujets jeunes, d'après les données de la littérature, se trouvent en majorité chez le sexe féminin, tandis que chez les agés, ils prévalent au contraire chez les hommes. Nous avons appris de l'histoire de la malade qu'elle a souffert avant l'apparition de son cancer d'un catarrhe chronique du larynx (changement de voix périodique). Il paraît que cette irritation a été la cause provocatrice du cancer. La disposition constitutionnelle héritée par sa mère était sans doute favorable au développement d'un cancer. Vu que notre malade souffrait de tuberculose du poumon droit, on pourrait se demander si cette affection n'avait pas comme une maladie précancéreuse contribué

à la naissance de cancer, dans le sens de la théorie de RIBBERT, à cause de l'irritation chronique de la corde vocale droite, par la tuberculose de celle-ci (du côté du poumon malade). Pourtant c'est invraisemblable, car l'examen approfondi de la corde vocale extirpée n'a montré ni dans la substance de la tumeur, ni à ses environs aucun tissu caractéristique tuberculeux. Tout au plus on pourrait accepter un rapport indirect entre la tuberculose et le cancer chez notre malade, supposant que la tuberculose du poumon a provoqué une laryngite non spécifique.

Ici j'aimerais encore une fois souligner l'importance capitale d'une biopsie pour la vie des malades surtout des jeunes personnes.

Outre cela il faut signaler dans notre cas la complication grave et ennuyeuse — la périchondrite suppurative qui survint après thyrotomie soigneusement faite. Sans aucun doute il faut chercher la cause de cette périchondrite dans la suture primitive des lames du cartilage thyroïde. O. KAHLER n'a pas tort en conseillant de se garder de cette opération avec application des sutures primitives, pratiquée et propagée pourtant par beaucoup d'opérateurs (*Handbuch d. Hals-, Nasen- u. Ohrenkrankheiten*, Bd. V, S. 453, 1929).

KAHLER aussi bien que l'école de Vienne considèrent la suture primitive et le traitement sans tampons dangereux aux opérations de cancer du larynx. GLUCK et SORENSEN (cit. d'après KAHLER) ont aussi renoncé au traitement post-opératoire sans tampons et aux sutures primitives à cause des hémorragies secondaires fréquentes et à cause d'infection des sutures, suivies des abcès pré-laryngéales et des périchondrites.

Je crois que chacun qui aura la malchance d'avoir une complication ennuyeuse à la suite d'une thyrotomie comme moi dans le cas présent se gardera bien d'appliquer la suture primitive.

A M. le prosecteur A. WALDES qui a pris part à mon travail par l'examen histologique approfondi de la tumeur, j'aimerais à exprimer ici mes profonds remerciements.

FAIT CLINIQUE

ÉPISTAXIS RÉCIDIVANTES TARDIVES PAR RUPTURE DU SINUS CAVERNEUX CONSÉCUTIVE A UNE FRACTURE DE LA BASE DU CRANE

Par M. G. WORMS

Je voudrais vous rapporter un cas d'épistaxis récidivantes, incoercibles, survenues plusieurs mois après une fracture de l'étage antérieur du crâne, et reconnaissant pour cause une déchirure du sinus caverneux.

Caporal P..., 21 ans du 1^{er} G. A., est victime, le 27 juin 1925, d'un grave accident de motocyclette. Tamponné par un taxi, il est projeté sur le pavé ; la tête a porté en avant directement sur le sol. Relevé sans connaissance, il demeure dans cet état pendant trois à quatre heures, cependant qu'il est transporté à l'Hôpital Bichat et opéré d'urgence (suture d'une plaie fronto-orbitaire gauche).

Il aurait, à ce moment, présenté un gros épanchement sanguin palpébral et sous-conjonctival gauche, de même qu'une épistaxis assez abondante par la fosse nasale du même côté.

Pas d'otorrhagie, ni d'écoulement de liquide céphalo-rachidien. Une ponction lombaire n'a pas été jugée utile.

Les suites furent immédiatement assez simples. Le blessé se remit rapidement du choc et, huit jours après, il put être évacué, en bon état général, sur le Val-de-Grâce.

A l'entrée dans notre service, le 6 juillet, il accuse seulement quelques céphalées, qui offrent cette particularité de s'exagérer en position couchée quand la tête appuie sur l'oreiller, et de s'amender, au contraire, dans la position debout ou assise, sans toutefois disparaître complètement.

Le malade présente, en outre, une perte totale de la vision de l'œil gauche, qu'il a constatée de suite après l'accident.

On relève, à l'examen, une cicatrice linéaire, verticale, de la région frontale gauche, intéressant la queue du sourcil et descendant un peu sur la paupière supérieure. Cette cicatrice est souple, non adhérente aux plans sous-jacents.

Pas d'exophtalmie, ni de souffle, ni de thrill ; pas de circulation anormale.

La pupille gauche est dilatée, sans réactions.

A l'ophtalmoscope : atrophie papillaire nette (papille uniformément grise avec vaisseaux d'apparence normale).

De ce côté, le malade ne distingue même pas la lumière.

La radiographie met en évidence des lésions assez complexes de l'étage antérieur du crâne : fracture de l'apophyse orbitaire externe du frontal irradiée à la fois à toute l'étendue du plafond de l'orbite et à la région temporale correspondante : il existe, en outre, une fracture du rebord orbitaire inférieur et de la paroi antérieure du sinus maxillaire gauche.

Après avoir été soumis à un certain nombre de séances de diathermie, destinées à atténuer les céphalées, qu'expliquent assez les lésions fracturaires, le malade, pratiquement guéri, part en convalescence au début d'août.

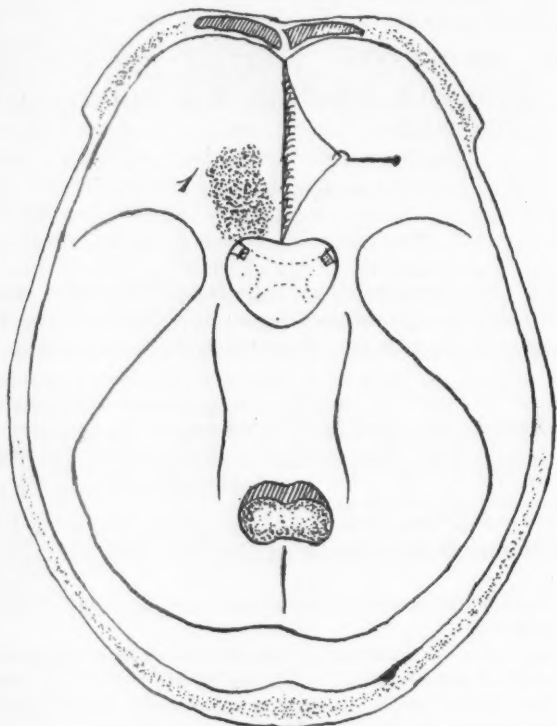


FIG. 1. — 1. Foyer traumatique. Épanchement de sang sous la dure-mère.

Le 6 novembre, soit *plus de quatre mois après l'accident*, P... est de nouveau hospitalisé, à la suite d'une *importance hémorragie nasale gauche*, survenue spontanément, en dehors de tout effort, et qui a facilement cédé à un tamponnement.

A partir de ce moment, les épistaxis se répètent à intervalles assez irréguliers, d'abord de dix à douze jours, puis se rapprochent de trois à cinq jours, apparaissant sans cause apparente, tantôt le jour à l'occasion d'un effort quelconque, tantôt la nuit en plein sommeil.

Le sang coule subitement à flots, toujours par la narine gauche. L'hémostase se fait soit spontanément, soit à la suite d'un tamponnement.

L'exploration rhinoscopique ne montre aucune lésion appréciable au niveau de la fosse nasale gauche. Le sang, plutôt noir, paraît s'écouler en nappe de la partie postérieure du méat moyen.

L'arrière-nez est libre, la muqueuse absolument indemne.

Aucune particularité ne permet de préciser l'origine réelle des épistaxis. On pense à une lésion possible des vaisseaux sphéno-palatins.

En l'absence d'exophtalmos pulsatile, on n'est guère tenté d'incriminer une atteinte du sinus caverneux et de la carotide interne.

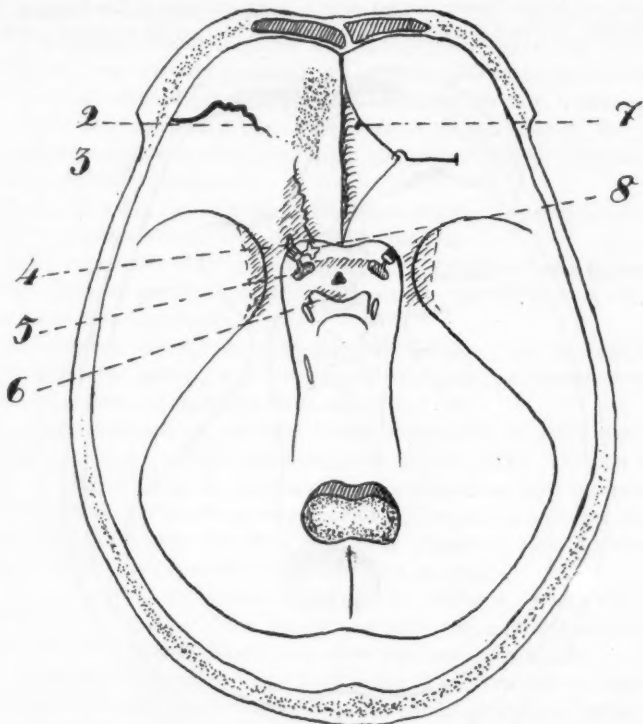


FIG. 2. — 2. Trait de fracture interrompu et béant. — 3. Trait de fracture avec enfoncement. — 4. Petite esquille ayant perforé le sinus caverneux. — 5. Sinus caverneux. — 6. Sinus coronaire. — 7. Faux du cerveau. — 8. Esquille au contact du nerf optique.

Entre temps, les accidents hémorragiques se précipitent, malgré la médication hémostatique et les tamponnements, qui ne suffisent plus. Le malade, anxieux, garde une immobilité absolue.

Devant l'état de faiblesse, qui devient inquiétant, je pratique, le 18 décembre, après deux transfusions successives de 300 grammes chacune, la ligature de la carotide primitive gauche.

Cette intervention fut bien supportée. Elle n'entraîna aucun trouble, mais elle n'eut

aucune action sur les épistaxis, qui ne tardèrent pas à reprendre de plus belle, et, dans la nuit du 25 décembre, une nouvelle hémorragie brutale de près de 2 litres emporte le malade, en dépit de tous les efforts tentés pour l'arrêter.

L'autopsie présentait un réel intérêt ; elle seule devait nous donner la clé des accidents.

Une fois le crâne ouvert et le cerveau enlevé la dure-mère décollée, on tombe sur un foyer de fracture qui occupe l'espace compris entre la limite antérieure de l'os frontal et l'apophyse clinéoïde antérieure gauche. Une fissure va de la lame criblée au rebord interne du

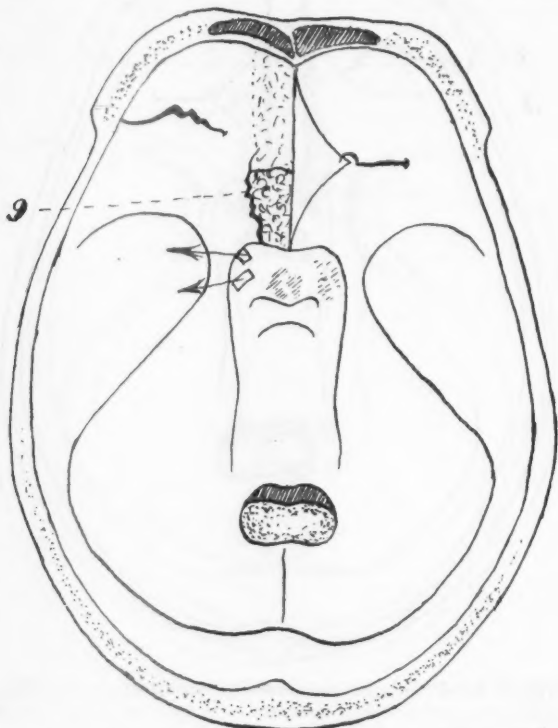


FIG. 3. — 9. Gros caillot remplissant tout le sinus sphénoïdal gauche.

canal optique : une autre, issue de la région frontale externe, aboutit également, par un trajet arciforme, à travers la paroi supérieure du sinus sphénoïdal, à la selle turcique.

Il existe deux petites esquilles libres en contact avec le flanc interne du nerf optique, qui est dilacéré.

L'une d'elles a déchiré le tissu caverneux sur une étendue de près de 1 centimètre, Cette brèche veineuse communique largement avec le sinus sphénoïdal, dont la cavité, du volume d'une noix environ, est remplie de caillots cruoriques.

L'ostium du sinus est lui-même occupé par du sang coagulé.

La carotide interne, disséquée jusqu'au trou carotidien, est absolument indemne.

L'exploration du labyrinthe ethmoïdal et des fosses nasales ne montre rien de particulier.

Il était maintenant facile d'interpréter la série des accidents qui ont frappé notre malade.

La présence d'esquilles osseuses au contact du sinus caverneux avait amené à la longue, au bout de quatre mois, la rupture de cet énorme vaisseau. L'ulcération s'était sans doute produite à la faveur des battements communiqués par la carotide. Le sang avait fait alors irruption dans le sinus sphénoïdal voisin et, s'épanchant par regorgement à travers l'ostium du sinus, provoquait des épistaxis d'autant plus abondantes que la déchirure du vaisseau s'étendait davantage.

Contrairement à ce qui se passe habituellement dans les traumatismes de ce genre, la carotide interne était absolument intacte.

La lésion vasculaire était limitée au sinus caverneux, et ceci expliquait l'absence totale de signes d'exophtalmos pulsatile, qui eussent pu aiguiller vers l'origine des hémorragies.

Quel *traitement* eût-il fallu instituer dans l'espèce ? La ligature de la carotide primitive gauche, que nous avons pratiquée, ne pouvait évidemment conjurer les conséquences de la situation.

Rien, malheureusement, ne nous faisait soupçonner la cause des accidents hémorragiques, malgré le soin apporté chaque jour à examiner notre malade, et malgré l'avis de plusieurs de nos collègues les plus compétents.

Si le diagnostic de la lésion causale avait été précisé, il nous semble que la seule conduite à tenir eût été d'aborder le vaisseau rompu à travers le sinus sphénoïdal, qui donnait passage au flux sanguin.

Le Prof. JACQUES (de Nancy), dans un cas analogue, le seul que nous ayons relevé dans la littérature, réussit, par ce moyen, à sauver son malade, mais il avait été sollicité d'agir dans cette voie par deux signes :

a) La présence, à la rhinoscopie postérieure, d'un bourrelet oedémateux, émergeant de la face antérieure du corps du sphénoïde, et sur lequel suintait un filet de sang à demi coagulé. Cette constatation désignait ainsi le point d'effusion, sinon l'origine réelle des épistaxis.

b) L'existence d'un syndrome d'exophtalmos pulsatile (protrusion du globe oculaire, bruit de souffle).

La ligature de la carotide primitive ayant été sans influence sur le cours des accidents, JACQUES, persuadé que le sinus caverneux seul devait être incriminé, tamponna par voie latéro-nasale la cavité sphénoïdale, en dirigeant spécialement la mèche vers la paroi externe, au niveau de laquelle paraissait s'être réalisée l'effraction du canal veineux.

Non seulement l'hémostase fut ainsi définitivement assurée, mais encore l'exorbitisme et les autres symptômes disparurent.

La rupture isolée du sinus caverneux est une complication rare des fractures de la base du crâne. Nos recherches ne nous ont permis d'en colliger que cinq cas, dont voici le résumé succinct.

Observation de Brodie (*Medico-chirurgical Transaction*, vol. XIV, p. 355) : jeune garçon mort à la suite d'un coup sur la tête. A l'autopsie : fracture de la base du crâne avec dilacération du sinus caverneux.

Observation rapportée par Dechaume, (*Thèse Lyon*, 1898) : pas de vérification nécropsique, mais à l'intervention le doigt perçoit que la fracture s'étend au travers de la selle turcique et que l'hémorragie profuse a dû prendre naissance au point de jonction de la veine ophtalmique et du sinus caverneux.

Observation de Nélaton (*In Thèse Dechaume*) : fracture transversale du corps du sphénoïde et fracture du sommet des deux rochers : une esquille pointue du rocher gauche pénètre dans le sinus caverneux correspondant.

Observation de Vergoz et Malmejac (*Société anatomique de Paris*, 4 mars 1926) : éclatement du temporal gauche avec fracture du rocher, dont la pointe détachée sous forme d'esquille libre a dilacéré la paroi externe du sinus caverneux et contusionné la carotide interne.

Observation de Jacques (*Congrès français de Chirurgie*, 1907) : fracture de la base, suivie, trois semaines après, de signes d'exophtalmos pulsatile et d'épistaxis graves. Guérison après hémostase transsphénoïdale.

Cette dernière observation est le seul exemple de rupture du sinus caverneux guérie par intervention chirurgicale. Le succès obtenu par JACQUES est un précédent de grande valeur et un encouragement à intervenir par voie nasale sur le foyer hémorragique, quand le siège de ce dernier a pu être soupçonné.

Tous les autres cas furent suivis de mort rapide, due autant à la gravité des lésions cérébrales concomitantes, qu'à l'altération du canal veineux.

De ces considérations nous paraissent se dégager les conclusions suivantes, d'ordre à la fois diagnostique et thérapeutique :

La rupture du sinus caverneux peut se produire à une date lointaine du traumatisme originel, par ulcération du vaisseau au contact d'une esquille détachée du foyer fracturaire.

La symptomatologie se réduit parfois à des épistaxis répétées, d'une désespérante ténacité.

Le pronostic ne laisse aucun espoir si l'on n'est pas amené, par les signes tirés de l'examen local, à s'attaquer par voie nasale à la lésion initiale et à comprimer le vaisseau rompu.

SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE DES HOPITAUX DE PARIS

Séance du 19 mai 1930

PRÉSIDENTCE DE M. G. LAURENS

Président

SOMMAIRE

<p>I. <i>H. Bourgeois</i>. — Sur une petite tumeur angiomateuse (?) de l'oreille moyenne. Présentation de la malade..... 923</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Cottenot, Texier</i>..... 924</p> <p>II. <i>Rouget et de La Farge</i>. — Hérédosyphilis tertiaire nasale : forme infiltrée diffuse..... 925</p> <p>III. <i>Collet</i>. — Le réflexe œsophagovasomoteur 927</p> <p>IV. <i>Liébault</i>. — Résultats éloignés (6 ans) du traitement d'une sténose cicatricielle du larynx.... 927</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Ramadier, Leroux, Collet</i>... 928</p> <p>V. <i>Liébault et Auzimour</i>. — Polype du naso-pharynx chez un adolescent 929</p> <p>VI. <i>Baldenweck et Granet</i>. — Présentation d'un cas d'encéphalocèle probable..... 929</p> <p>VII. <i>Worms</i>. — Ostéite diffuse nécrosante aiguë du maxillaire infé-</p>	<p>rieur d'origine métastatique.. 930</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Lemaître</i> 930</p> <p>VIII. <i>Wallon</i>. — Traitement des cancers œsophagiens, sonde porteuradium sur fil conducteur..... 930</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Cottenot, Halphen</i>..... 932</p> <p>IX. <i>Hicquet</i>. — Radiographies lipiodolées d'abcès cérébraux 932</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Lemaître</i> 932</p> <p>X. <i>P. Cottenot et André Bloch</i>. — Renseignements fournis par la radiographie dans les otomastoidites aiguës 932</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Hicquet, Rouget, Moulonguet, Worms, Ramadier, Cottenot</i>. 935</p> <p>XI. <i>Chavanon</i>. — Recherches sur l'action de la toxine diphtérique diluée 937</p> <p>XII. <i>Le Mée et Magdeleine</i>. — Un cas d'erreur d'aiguillage post-opératoire des filets sécréteurs de l'auriculo-temporal..... 939</p>
--	---

M. LE PRÉSIDENT souhaite la bienvenue aux membres étrangers : MM. FALLAS, VAN-SWIETEN et HICQUET (*de Bruxelles*), CAMPOS et WIREN (*du Chili*).

I. Bourgeois. — Sur une petite tumeur angiomateuse (?) de l'oreille moyenne. Présentation de la malade.

Cette femme présente depuis environ 2 ans des bruits de souffle dans

l'oreille gauche, synchrones avec le pouls. Ces bruits sont absolument constants, leur début n'a coïncidé avec aucune cause appréciable.

Elle s'est montrée, une première fois, à Laënnec, au mois de décembre. A ce moment, la partie postérieure du tympan était un peu irrégulière, rosée ; une ponction ramena du sang artériel. La malade ne fut soumise à aucun traitement. Elle est revenue, depuis, à intervalles espacés.

Objectivement, la lésion a augmenté de volume, la tache vascularisée du tympan est plus étendue, elle présente une certaine voussure. Les bruits subjectifs sont restés les mêmes. Il y a une diminution de l'acuité auditive avec formule d'oreille moyenne.

Devant cet accroissement de la lésion, le problème du traitement se pose, mais auparavant à quel diagnostic peut-on penser ?

Il ne s'agit pas d'un phénomène inflammatoire ; nous nous trouvons en présence d'une petite néoplasie très riche en vaisseaux. Il est difficile de supposer un cancer ou un sarcome télangiectasique en raison de la lenteur évolutive. Nous croyons plutôt à un angiome.

Une radiographie n'a donné aucun renseignement.

Le traitement destructif de cette petite tumeur par l'électrocoagulation ne nous sourit pas, car nous ne pourrions empêcher la destruction de la membrane tympanique. Si le radium pouvait être essayé sans danger, nous nous y rallierons volontiers.

— **Cottenot.** S'il s'agit bien d'un angiome, il est légitime d'essayer un traitement par curiathérapie externe, le radium étant un des meilleurs agents de traitement des angiomes cutanés, mais le pronostic du traitement ne peut être que fort douteux dans un cas où le diagnostic clinique est incertain et où le diagnostic histologique fait défaut.

— **Texier.** L'affection de la malade que nous présente **Bourgeois** me fait penser à la lésion auriculaire d'une malade que j'observais, il y a deux ans, mais à un stade plus avancé, puisque la petite tumeur occupait le conduit.

Il s'agissait d'une femme de 44 ans qui présentait, depuis plusieurs années, des douleurs d'oreilles et des bourdonnements intenses, à forme pulsatile. Depuis plusieurs mois, on constatait un léger écoulement de l'oreille.

A l'examen, on constate une production polypoïde occupant une grande partie du conduit, d'aspect épidermique dans sa partie externe et prenant son point d'implantation dans la caisse. Muco-pus sanguinolent ; au stylet, tumeur un peu dure. Nous portons le diagnostic d'otite moyenne suppurée ancienne avec fongosités.

Nous procédons à l'ablation à l'aide d'un serre-nœud de la petite tumeur. Elle fut suivie d'une grosse hémorragie que le tamponnement seul put arrêter. Une deuxième prise, 48 heures après, fut suivie d'une hémorragie aussi abondante.

L'examen histologique donna les renseignements suivants : produit uniquement inflammatoire sans caractères spécifiques avec nombreux et très larges vaisseaux sanguins néoformés. Il s'agit d'un *granulome hyperplasique angiomateux*.

Nous lui avons fait faire de la radiothérapie profonde par le Docteur Gauducheau, qui lui donna 4.000 R.

Sous l'influence de ce traitement, les fongosités s'affaissent et, au bout de quelques mois, la caisse est cicatrisée avec quelques brides cicatricielles.

Revue tous les trois mois, elle ne présenta rien d'anormal.

Il y a deux mois, elle se plaignit de nouvelles douleurs et je constatais que les tissus inflammatoires font de nouveau saillie dans le conduit avec un léger affaissement de la paroi postéro-supérieure.

Gauducheau lui fait de nouveau 2.000 R.

II. Rouget et de la Farge. — Hérédo-syphilis tertiaire nasale : forme infiltrée diffuse.

Il s'agit d'une enfant âgée de 9 ans qui vient de passer un an en Auvergne, à Pontgibaud, où sa mère l'avait envoyée, au mois de juillet, l'an dernier. A peine était-elle arrivée, que le médecin inspecteur de l'école, à l'occasion d'une visite, remarquait cette fillette, à la bouche ouverte, au nez enchifrené et sécrétant.

Il apprit qu'elle ronflait et dormait la bouche ouverte. Mais surtout il nota, sans plus y ajouter d'importance, sur la face externe du nez à gauche, environ au niveau de la partie moyenne de l'os propre, une petite tache rouge, saillante, de la taille d'une pièce de cinquante centimes. Cependant il attira sur ce fait l'attention de l'entourage, qui, à son tour, s'aperçut bientôt que la petite tache rouge s'étendait, en même temps que tout le côté gauche du nez augmentait progressivement de volume.

Les choses n'en restèrent pas là ; et, il y a deux mois environ, le côté droit du nez se prenait à son tour ; une plaque rouge, en effet, s'y constituait, soulevée par la même tuméfaction que celle de l'autre côté. Et depuis, symétriquement, le nez a continué de grossir.

Par ailleurs, il y a trois semaines, l'enfant aurait fait un œdème palpébral et sourcilier bilatéral, qui n'aurait duré que deux ou trois jours.

Tout cela s'était passé sans que jamais la jeune malade n'accusât la moindre douleur, la moindre céphalée. Quoi qu'il en soit, à la vue de cette tuméfaction nasale, qui ne cessait d'augmenter, les bons paysans de Pontgibaud, qui avaient la garde de l'enfant, s'inquiétèrent, et, d'accord avec le médecin, partirent pour Clermont-Ferrand, chez le spécialiste. Ce dernier s'apprêtait à pratiquer une biopsie endo-nasale, lorsque la mère, alertée, télégraphia qu'on voulut bien lui renvoyer son enfant d'urgence à Paris. Dès son arrivée, elle était conduite à la consultation de Trousseau.

Elle se présente comme une adénoïdienne — bouche bée, la respiration uniquement buccale, la voix un peu nasonnée, — mais elle n'accuse ni céphalée, ni anosmie.

Ce qui frappe dès l'abord, c'est la déformation extérieure nasale, réalisée par une tuméfaction considérable du dos et de la racine du nez. Le méplat normal, au niveau de la racine élargie, est effacé, et la tuméfaction gagna l'espace intersourcilier, vient mourir à la partie inférieure du front. Le dos nasal s'étale sur le flanc des os propres tuméfiés. Tandis qu'une rouge érysypélateuse — disposée en papillon — occupe cette tuméfaction nasale, déborde de chaque côté sur la partie avoisinante de la face et atteint l'an le

interne de l'œil pour céder la place, au niveau de la paupière supérieure, à un lacis veineux bleuâtre sous-cutané.

Quant aux lobules et aux ailes du nez, ils sont respectés et par la tuméfaction et par la rougeur.

Enfin un léger suintement narinaire bilatéral apparaît à la lèvre supérieure.

Au palper, qui est absolument indolore, la racine du nez apparaît très épaisse, la région des os propres est empâtée ; mais, au niveau du dos nasal, le centre de la tuméfaction se laisse déprimer et commence même à fluctuer.

L'examen rhinoscopique antérieur, montrant l'atteinte généralisée des deux fosses nasales, permet de recueillir des signes de haute valeur : à gauche, l'oblitération de tout le canal nasal est complète. Tous les éléments, cornets, plancher, cloison, sont boursoufflés, gonflés, s'adossant ainsi les uns contre les autres, de sorte qu'il est impossible de passer le porte-coton.

De plus, la cloison est le siège d'une ulcération bourgeonnante, en avant de laquelle se trouve, à la face interne de l'aile du nez, un petit bourgeon blanc isolé.

A droite, l'oblitération est moins accusée — le porte-coton peut passer — mais la cloison est soulevée par une saillie assez grosse qui vient buter contre le cornet inférieur.

Des deux côtés, la pituitaire, rouge vif, présente une hypersécrétion séreuse d'odeur assez fétide.

L'exploration de la voûte palatine y découvre, vers le milieu, sur le palais osseux, à peu près à l'union des apophyses palatines avec le vomer, une petite tuméfaction ovalaire, du volume d'un pois, à cheval sur la ligne médiane, mais plus développée cependant vers la droite. Présentant un petit point blanc en son centre, elle menace perforation.

D'autre part, la muqueuse gingivale est d'un rouge vif intense au niveau du maxillaire supérieur qui semble empâté, surtout à droite.

Le bourgeon incisif, en particulier, paraît intéressé, d'autant que les incisives médiane gauche, latérale gauche et latérale droite, ainsi que la canine droite, sont branlantes.

La recherche des adénopathies ne découvre qu'un gros ganglion, dur et mobile, sous-angulo-maxillaire à droite.

Si l'on regarde les yeux, on s'aperçoit que la tuméfaction nasale, se prolongeant jusqu'à l'angle interne de l'œil, le soulève légèrement. La racine du nez étant élargie, la fente palpétrale en paraît d'autant moins allongée en dedans. Les deux yeux présentent un certain degré de strabisme interne. Les pupilles sont égales, mais irrégulières, réagissant mal à la lumière.

La diaphanoscopie montre l'obscurité de tous les sinus.

Bien entendu, en présence de tels signes, nous avons pensé qu'il s'agissait d'accidents tertiaires hérédos-spécifiques au niveau du nez.

La tuméfaction nasale avec rougeur et empâtement constitue déjà un signe de haute importance, capable, à lui seul, d'imposer le diagnostic,

et traduisant l'atteinte des os propres par un processus de périostite et d'ostéite.

D'autre part, l'examen rhinoscopique nous a montré, non seulement une tumeur gommeuse de la cloison, mais encore et surtout une *infiltration diffuse* des divers éléments des fosses nasales. Or, Garel et Bernard, de Lyon, qui ont bien étudié la question, considèrent précisément qu'il s'agit là de la forme clinique la plus fréquente et la plus caractéristique de syphilis tertiaire au début.

Enfin, l'envahissement de la voûte palatine vient signer, ce nous semble, la nature spécifique des lésions.

Nous avons donc pratiqué une réaction de Wassermann dans le sang et nous l'avons trouvée très positive.

Nous avons interrogé le passé de cette fillette et nous avons appris que si elle était née à terme, à la suite d'un accouchement normal, par contre, elle avait fait des convulsions vers l'âge de six mois. Ensuite, en 1925, vers l'âge de 4 ans, elle était devenue aveugle : et, cette cécité a disparu sous l'influence d'un traitement de piqûres intra-musculaires institué par M. Poulard aux Enfants-Malades.

Quant aux parents, s'ils se disent bien portants, il n'en est pas moins vrai que la mère a fait une fausse couche de 3 mois, et qu'elle a perdu un enfant de 3 mois atteint de méningite.

Ainsi donc on se trouve en présence d'une forme infiltrée diffuse de syphilis tertiaire nasale.

Elle réalise la forme la plus caractéristique et la plus complète de syphilis nasale.

Dans le cas présent, elle apparaît comme un accident d'hérédo-syphilis.

Enfin, une fois de plus, elle fait songer au mot de Fournier disant que, décidément, « la vérole se plaît dans les fosses nasales ».

III. Collet. — Le réflexe œsophago-vasomoteur.

Cette communication paraît *in extenso*, dans les *Annales*.

IV. Liébault. — Résultats éloignés (6 ans) du traitement d'une sténose cicatricielle du larynx.

La malade que j'ai l'honneur de vous présenter a été opérée par moi, il y a 7 ans, d'une sténose cicatricielle du larynx, datant de 10 ans et qui avait été provoquée par une plaie transversale laryngo-trachéale par coup de rasoir : les cordes vocales étaient soudées entre elles par une plaque cicatricielle qui fermait, en outre, toute la région sous-glottique jusqu'au niveau de l'orifice canulaire dans la trachée.

Après laryngostomie, excision au bistouri et au galvano-cautère de tout le tissu cicatriciel, sans chercher à conserver les cordes ni les bandes ventriculaires, mais en respectant soigneusement les aryténoïdes, je fis une

dilatation progressive par la méthode du cigare, comme nous l'avons décrite avec le Professeur MOURE et mon ami CANUYT, et j'obtins, en quelques mois, une cavité nette, épidermée pour laquelle dans un troisième temps, j'ai fait une plastique par un double lambeau à renversement.

Les résultats de ce traitement, six mois après, furent présentés avec la malade à la Société Parisienne de Laryngologie, en janvier 1925 : la respiration était parfaite et la voix haute et intelligible. *Le miroir laryngé montre que pendant les efforts vocaux, deux plissements muqueux partant des aryténoïdes mobiles commencent à former une ébauche de cordes vocales.*

Actuellement, au bout de six ans, ce résultat a persisté, les fonctions respiratoire et vocale se sont parfaitement maintenues. C'est là un premier point intéressant, mais ce n'est pas le seul ; si, en effet, on examine au miroir la cavité endo-laryngée, on constate qu'elle présente un aspect très analogue à celui d'un larynx normal ; les aryténoïdes parfaitement mobiles se rapprochent, *les plissements muqueux du début se sont précisés au point qu'une glotte s'est presque complètement reconstituée avec des bandes ventriculaires et même des rubans vocaux.*

Ces résultats éloignés datant de plusieurs années, nous montrent, comme je le disais en 1925, que, dans une sténose cicatricielle, il n'y a pas lieu d'être parcimonieux dans la suppression du tissu sténosant ; il faut, avant tout, obtenir un tuyau uniforme et bien calibré. Pourvu que les aryténoïdes persistent, et que leur mobilité puisse être conservée, la fonction vocale se récupère et entraîne la reconstitution progressive des saillies intra-laryngées nécessaires à l'émission du son.

— **Ramadier.** La diathermo-coagulation en matière laryngée n'est peut-être pas applicable à toute affection sténosante du larynx.

En particulier, elle paraît contre-indiquée comme complément immédiat à une ablation chirurgicale d'un cancer de la glotte. Dans un cas de ce genre, j'ai observé, à la suite, une sténose grave du larynx, alors que chez les autres opérés, par la même méthode (hémilaryngectomie à la Hautant), mais sans complément diathermique, il n'y eut jamais de sténose consécutive.

— **Leroux** J'ai présenté, il y a cinq ans, à la Société, une malade de 30 ans, qui avait été opérée à Saint-Antoine pour sténose laryngée post-diphthérique et port de canule trachéale depuis l'âge de 4 ans.

Après excision du bloc cicatriciel au bistouri, nous avons fait une séance de diathermo-coagulation qui nous a permis d'éviter le long traitement de dilatation caoutchoutée.

La malade avait été présentée après plastique.

Depuis cinq ans, aucune récurrence de sténose n'est apparue.

Le bon résultat de la diathermo-coagulation, dans ce cas, paraît dû à ce que, après résection du bloc cicatriciel, nous n'avions plus à faire qu'à un demi-anneau cicatriciel.

On sait, en effet, que les résultats sont souvent mauvais dans la sténose annulaire ; dans notre cas, nous avons pu éviter la récurrence et supprimer la longue période de dilatation.

— **Collet.** Le traitement par l'excision et la dilatation progressive que j'emploie

depuis 1906, demande beaucoup de patience, surtout chez les enfants. J'ai pour principe d'attendre plusieurs années avant de pratiquer la fermeture définitive de la brèche par autoplastie, même après que le rétrécissement paraît définitivement calibré. Chez les adultes, quelques mois suffisent. Je possède une quinzaine de cas. Quant à l'électrodiathermie, je n'ai pas d'opinion ; je suis en train de l'étudier.

V. Liébault et Auzimour. — Polype du naso-pharynx chez un adolescent.

Le malade que nous vous présentons est venu à la consultation de la Glacière, pour une gêne respiratoire nasale très accentuée. A l'examen, les fosses nasales ne présentent rien d'anormal, sauf à gauche où la partie postérieure ne paraît pas libre. Par contre, le naso-pharynx est complètement rempli par une masse globuleuse uniforme qui descend jusque derrière le voile du palais, qu'il refoule légèrement : à la palpation, cette masse est régulièrement tendue, rénitente, elle ne semble pas avoir contracté d'adhérences avec la paroi du naso-pharynx, mais on ne peut en avoir la certitude, car il est impossible de la délimiter ni à la vue ni au doigt. Il n'y a aucune propagation dans la cavité de voisinage, pas de céphalée, l'exploration digitale ne provoque pas d'hémorragie. Comme, d'autre part, jusqu'à ces jours derniers, il n'y avait eu aucune hémorragie spontanée, l'ensemble de tous ces symptômes nous avait fait porter le diagnostic de polype fibro-muqueux volumineux du naso-pharynx.

Il y a deux jours un épistaxis spontané est apparu assez persistant, de sorte que nous nous demandons si ce n'est pas une forme hybride à transformation fibromateuse. Ceci a son importance, car dans le cas d'un polype fibromuqueux simple, l'ablation par les voies naturelles est facile ; dans le cas d'un fibrome saignant, elle est plus aléatoire à cause des hémorragies importantes qui peuvent survenir.

Nous avons l'intention, néanmoins, de tenter l'extraction par cette voie, nous vous apporterons le compte rendu des incidents qui pourraient survenir pendant l'opération.

VI. Baldenwek et Granet. — Présentation d'un cas d'encéphalocèle probable.

Il s'agit d'un malade qui était venu consulter pour une symptomatologie de pansinusite bilatérale et se trouvait porteur, au niveau de l'angle externe de l'orbite gauche, d'une masse ovoïde du volume d'un œuf de pigeon.

L'évolution permet d'éliminer facilement une sinusite extériorisée, de même qu'une ostéopériostite gommeuse, malgré un Wassermann fortement positif. En effet, un traitement intensif arsénio-mercuriel est resté sans action. D'autre part, le malade présente cette tuméfaction depuis sa naissance et Baldenwek et Granet éliminent le kyste dermoïde de la queue du sourcil pour conclure à un encéphalocèle. En effet, la tumeur n'est pas

pédiculée, peu mobile sur les plaies profondes, semblant, au contraire, enchassée dans une cupule osseuse avec encoche externe. De plus, il s'agit d'une tumeur légèrement réductible et augmentant par l'effort.

Des radiographies de face et de profil montrent une ombre cyclique semblant pénétrer dans l'endocrane et permettant de retrouver l'encoche osseuse sans participation des parois du sinus frontal.

VII. *Worms*. — Ostéite diffuse nécrosante aiguë du maxillaire inférieur d'origine métastatique.

Présente un sujet de 20 ans qui, au cours d'une rhinopharyngite banale, fut pris d'une ostéomyélite diffuse de la mandibule — énorme tuméfaction de toute la région : phénomènes généraux graves, 40°, etc. Incision bilatérale jusqu'au périoste, puis ablation tardive des séquestres.

En cours de traitement, le malade fut pris d'hémorragie buccale profuse par ulcération de l'artère dentaire inférieure, qui nécessita la ligature de la carotide externe.

Radiographie : Profond remaniement de la structure du maxillaire inférieur, parsemé de plages d'ostéite condensante et raréfiante alternées. Trait de fracture spontanée au niveau de la ligne mentonnière.

Dents remarquablement saines, malgré la pyorrhée aiguë.

Il ne s'agit pas d'ostéophlegmon d'origine dentaire, mais d'une véritable ostéite métastatique à streptocoque. *Worms* souligne les difficultés de traitement de cette forme nécrotique diffuse, et préconise d'agir en deux temps :

a) Incision de drainage d'abord ;

b) Extraction tardive des séquestres.

Une intervention primitive, qui voudrait dépasser les lésions, aboutirait à l'ablation totale de la mandibule.

— *Lemaître*. Les ostéomyélites du maxillaire inférieur qui ne sont pas d'origine dentaire sont très rares.

Ces ostéomyélites relèvent, elles aussi, de la thérapeutique qui lui a été appliquée : en période aiguë, incisions de drainage, puis exérèse des séquestres. L'ablation des séquestres est avantageusement pratiquée par les voies naturelles, non seulement du point de vue de l'esthétique, mais aussi du point de vue fonctionnel, car en ménageant l'ostéopérioste, elle favorise l'ostéogénèse.

VIII. *Wallon*. — Traitement des cancers œsophagiens. Sonde porte-radium sur fil conducteur.

J'ai l'honneur de présenter à la Société cette sonde porte-radium qui facilite grandement la curiéthérapie intra-œsophagienne du cancer de l'œsophage.

La caractéristique essentielle de cette sonde est de pouvoir se placer sur fil conducteur.

Son introduction est facile, l'extrémité de la sonde ne risquant pas de buter sur l'obstacle. Elle est, en outre, sûre, puisque par une pression, même appuyée, la sonde ne risquera pas la fausse route, le gros danger de la curiéthérapie intra-œsophagienne.

L'appareil se compose d'une sonde en gomme, de modèle courant, à l'extrémité de laquelle s'adapte un embout spécial pour le passage du fil. Cet embout est formé de deux pièces.

Une pièce tubulaire qui s'engage par une fenêtre latérale de la sonde. Une de ses extrémités munie d'un papillon s'applique à la face latérale de la sonde, l'autre filetée, apparaît à l'extrémité de la sonde et reçoit la deuxième pièce ; la *pièce olivaire* qui est percée en son centre et rend solidaires sonde et embout.

La sonde ainsi montée présente, à son extrémité, un canal pour le passage du fil.

L'embout est démontable et peut servir un nombre indéfini de fois en se montant sur une nouvelle sonde.

Pour répondre à tous les degrés de rétrécissements, il existe 3 tailles d'embouts correspondant aux sondes de calibre 13-24 et 36.

Tel est l'appareil, comment l'utiliser ?

1^o *Préparation de la sonde.* — Les examens pratiqués les jours précédents permettent de choisir la sonde de calibre convenable. Son extrémité une fois sectionnée, on perce en bonne place une fenêtre latérale pour l'introduction de l'embout. Les tubes de radium sont glissés dans la portion de la sonde, immédiatement sus-jacente et calés en bas par une petite bourre de coton qui le séparera de l'embout. Ceci fait, l'embout est introduit et fixé.

Ses repères seront marqués sur la sonde indiquant la distance de la tumeur aux arcades dentaires et la longueur de l'envahissement néoplasique.

A 10 centimètres environ au-dessus du repère supérieur, on sectionne la sonde et on y fixe un double lien qui servira à la maintenir en place.

2^o *Introduction de la sonde.* — La veille, le malade aura avalé un fil de 6 mètres qui, ayant pénétré jusque dans l'intestin, s'y fixera et servira de fil conducteur.

L'extrémité supérieure qui sort de la bouche sera enfilée dans l'embout et la sonde glissera facilement le long du fil jusqu'à ce que les repères indiquent que le radium est au niveau de la tumeur.

L'introduction peut se faire sous le contrôle de l'écran, mais cela est superflu si l'on est sûr de ses repères.

3^o *Fixation de la sonde.* — Elle est assurée par les doubles liens qui, passant de chaque côté au-dessus et au-dessous des oreilles, viennent se nouer derrière la nuque.

Il sera facile de retirer et de remettre la sonde autant de fois que l'exigera le traitement, sans risque d'effraction. En général, je fais trois applications de 24 heures à un jour d'intervalle, étalant ainsi le traitement sur 5 jours.

Je viens d'employer cette sonde pour le traitement d'un cancer œsophagien compliqué d'un anévrysme de la crosse qui venait bomber dans la poche sus-stricturale. Je l'ai introduite avec un sentiment de sécurité que je n'aurais certes pas eu en me servant d'une sonde ordinaire.

C'est, avant tout, à cause de la sécurité qu'il donne, que j'ai cru intéressant de vous présenter cet appareil.

— **Gottenot.** L'appareil présenté par M. Wallon me paraît ingénieux et bien conçu mais je lui ferai cependant une objection. Son extrémité métallique est fatalement le foyer d'un rayonnement secondaire important qui risque d'être fort nocif pour la muqueuse œsophagienne placée au contact du métal. M. Wallon aurait certainement intérêt à interposer entre le métal et la paroi œsophagienne un filtre secondaire, ce qui paraît pratiquement assez facile à réaliser.

— **Halphen.** L'intérêt du procédé de Wallon réside dans la pénétration du tube porte-radium sur fil conducteur dégluti la veille.

Les rétrécissements les plus serrés peuvent ainsi être franchis et le radium mis en bonne place.

IX. Hicquet (de Bruxelles). — Radiographies lipiodolées d'abcès cérébraux.

L'auteur a pu remplir de lipiodol la cavité de l'abcès après évacuation chirurgicale, ce qui lui a permis d'obtenir des renseignements radiographiques sur la capacité de l'abcès, sa forme, ses diverticules possibles, sur l'emplacement du drain, l'efficacité du drainage... Dans tous les cas traités ainsi, le lipiodol a été bien supporté et paraît même jouer un rôle thérapeutique direct.

— **Lemaître.** Je n'ai pas l'expérience des injections de lipiodol dans les cavités d'abcès encéphaliques en cours de traitement, mais je connais bien la fragilité, la friabilité du tissu encéphalique, aussi je dirai à Hicquet ce que j'ai dit à nos collègues danois au Congrès de Copenhague, à savoir que, malgré les très belles et intéressantes radiographies qu'ils obtiennent avec une technique très prudente, je conserve une certaine appréhension lorsqu'il s'agit d'introduire un liquide quelconque, même du sérum, dans une cavité d'abcès encéphalique.

X. P. Cottenot et André Bloch. — Renseignements fournis par la radiographie dans les oto-mastôidites aiguës.

L'un de nous a, à diverses reprises, appelé l'attention de la Société sur l'intérêt que présente la radiographie pour l'étude des mastôidites. Il a montré qu'avec une bonne technique, en utilisant des incidences judicieusement choisies, on peut obtenir des renseignements très utiles sur la nature et l'étendue des lésions. Nous vous apportons aujourd'hui les observations de deux malades atteints de mastôidite aiguë chez lesquels l'exa-

men radiographique a joué un rôle prépondérant, en nous donnant des indications thérapeutiques que nous avons tout lieu de nous féliciter d'avoir suivies.

Le premier malade était un enfant de 10 ans, atteint d'otite aiguë bilatérale d'origine grippale, avec réaction mastoïdienne nette. Malgré une paracentèse précoce, la température, après une détente de 48 heures, était remontée jusqu'à atteindre 41°6. L'opportunité d'une intervention urgente se discutait d'une façon angoissante, étant donné, d'une part, cet état général fortement atteint et l'absence de toute autre localisation grippale en dehors des oreilles, étant donné, d'autre part, qu'il n'existait pas de signes physiques nets de mastoïdite confirmée. Nous décidons, néanmoins, de surseoir de 24 heures et de faire une radiographie

Le 4 février, des radiographies des deux mastoïdes sont prises sous l'incidence temporo-tympanique, qui est la plus instructive pour l'étude des cellules mastoïdiennes ; elles donnent les résultats suivants :

La mastoïde gauche est voilée dans sa totalité ; les lumières cellulaires sont très peu transparentes, grises, en sorte que l'image est très peu contrastée ; la région de l'antrum est particulièrement obscure. Les cloisons intercellulaires présentent une épaisseur normale ; en aucun point, on ne voit d'image de destruction osseuse. La mastoïde droite donne sensiblement la même image ; cependant le voile est un peu moins uniforme, les lumières cellulaires étant un peu moins sombres. Les cloisons cellulaires sont intactes, il n'existe aucune image de destruction.

En l'absence de tout foyer de nécrose décelable sur les radiographies, nous avons cru pouvoir différer l'intervention, et l'on a décidé de refaire de nouvelles radiographies quelques jours plus tard.

Le 7 février, l'état clinique est en voie d'amélioration notable, la température baisse ; localement, les oreilles suppurent encore avec abondance ; il n'existe pas de symptômes mastoïdiens. Des radiographies sont prises à cette date sous la même incidence que les premières.

A gauche, la mastoïde est bien voilée, les lumières cellulaires sont plus transparentes, l'image est plus contrastée.

A droite, l'amélioration est moins marquée, mais cependant les clartés cellulaires sont plus accusées que sur la radiographie précédente ; à gauche comme à droite, les cloisons intercellulaires demeurent intactes.

Pendant les jours suivants, l'état de l'enfant s'améliore progressivement.

Le 17, de nouvelles radiographies montrent des images normales des deux mastoïdes dont les cellules ont repris une transparence normale.

Ainsi chez cet enfant dont l'état général aurait pu passer à une intervention rapide, le résultat des radiographies nous a encouragés à temporiser. Ces radiographies montraient, en effet, un voile diffus, mais sans aucun signe d'altération osseuse ; nous en avons conclu que nous pouvions attendre quelques jours et refaire alors de nouvelles radiographies qui nous montreraient s'il se formait des foyers de nécrose ou si, au contraire, les lésions évoluaient vers la guérison. Ce fut cette évolution heureuse qui se

produisit et les radiographies successives montrèrent le retour progressif de l'image mastoïdienne normale, en même temps que survenait la guérison.

La seconde malade est une femme de 45 ans dont l'histoire clinique est des plus banales : otite moyenne suppurée du côté droit consécutive à une poussée d'angine, précocement paracentésée et ayant évolué à bas bruit. Trois semaines environ après le début de la maladie, il ne persiste qu'un écoulement extrêmement peu abondant et intermittent. Etat général parfait, température normale, très légère douleur à la pression de la mastoïde.

On diffère l'intervention d'autant plus que la malade, femme de médecin, semble devoir ne s'y résoudre qu'avec beaucoup d'appréhension.

10 jours plus tard, l'état ne s'est pas modifié : écoulement presque tari, douleur provoquée extrêmement discrète.

Le 24 février, trois radiographies de la mastoïde droite sont prises sous les incidences temporo-tympanique, occipito-zygomatique et fronto-tympanique, et une radiographie comparative de la mastoïde gauche est prise sous l'incidence temporo-tympanique.

Les mastoïdes sont grandes, avec une pneumatisation extrêmement étendue. Les groupes des cellules écailleuses et des cellules zygomatiques ont un développement considérable.

A gauche la mastoïde est absolument normale.

A droite, tout l'ensemble de la mastoïde est voilé, les plages cellulaires étant très sensiblement diminuées de transparence, C'est ainsi que les groupes de cellules écailleuses et des cellules zygomatiques sont devenus complètement invisibles.

Dans la mastoïde même, la région de l'antre et des cellules préantrales est grise et présente un aspect granité. Dans tout l'ensemble de la mastoïde, et en particulier à la base et dans la partie postérieure, les cloisons intercellulaires sont très amincies, effritées, et interrompues par endroits ; dans cette région, on a l'impression d'une nécrose osseuse assez étendue.

Le sinus latéral est en situation normale, les processus destructifs s'étendent près de la gouttière sinusale et l'on voit, un peu au-dessous du coude du sinus, tout contre sa paroi, une petite géode constituée par plusieurs cellules, et entourée d'une paroi plane et condensée.

En présence de la résistance de l'entourage à toute idée d'intervention, les éléments cliniques du diagnostic demeurant très incertains et l'état de la malade semblant permettre de temporiser, on attend encore et le 8 mars une radiographie de la mastoïde droite sous l'incidence temporo-tympanique montre le même foyer de nécrose osseuse, mais un peu de condensation se produit le long de la paroi postérieure et dans la région de l'antre.

Le 19 mars, la situation n'a toujours pas changé, on fait une dernière radiographie. On retrouve une image identique à la précédente, la condensation ne s'est pas étendue, mais on constate la présence de la même zone

de nécrose dans laquelle les cloisons intercellulaires sont complètement détruites.

On décide alors d'intervenir et l'on trouve à l'intervention les lésions que ces différentes radiographies avaient mises en évidence.

Il nous a paru intéressant tout d'abord de présenter ces images radiographiques, à cause de leur netteté qui permet, croyons-nous, sous l'incidence décrite, de déterminer avec une certaine précision les lésions mastoïdiennes.

D'autre part les observations sont à retenir, puisque dans ces deux cas opposés c'est l'examen radiographique qui a entraîné l'abstention dans le premier cas, l'intervention dans le second et cela malgré l'examen clinique qui aurait pu faire décider en sens inverse. L'intervention pratiquée a confirmé les renseignements fournis par la radiographie.

Nous insistons sur ces radiographies faites en série qui permettent de suivre en quelque sorte le progrès ou, au contraire, la rétrocession des lésions alors qu'une radiographie isolée — de même qu'une température isolée sans la courbe thermique — est beaucoup moins instructive.

Cette étude comparative de radiographie en série — lorsqu'elle est possible — et bien entendu en réservant ces examens aux cas embarrassants — nous paraît pouvoir rendre de grands services.

La comparaison du côté sain avec le côté malade est souvent, par contre, assez décevante. D'abord parce qu'on a quelquefois affaire à des lésions actuelles bilatérales, ensuite parce que les deux côtés peuvent ne pas fournir d'images symétriques, soit en raison d'inflammations antérieures ayant laissé quelque trace, soit même par suite d'une architecture différente des deux apophyses.

— **Hicguet.** Je pense, après quatre ans d'expérience de radios de la mastoïde, que, dans certains cas, ce procédé donne des renseignements précis, qui sont, peut-on dire, toujours vérifiés à l'opération. Une perte de substance, une fonte des trabécules osseux, inscrits à la radio, se retrouvent toujours à l'ouverture de l'os.

J'en ai eu encore la preuve, il n'y a pas huit jours, chez une enfant de 13 ans.

Mais, par contre, un simple voile sur les cellules mastoïdiennes est moins explicite.

Ici les résultats sont contradictoires. Si dans certaines, les lésions sont minimes, dans d'autres, on trouve du pus sous pression et des lésions osseuses qui justifient l'intervention.

— **Rouget.** Il insiste sur la valeur de la radiographie et montre des films très concluants dans un cas où l'examen clinique seul ne pouvait permettre d'affirmer l'existence d'une mastoïdite.

— **Moulonguet.** Le désaccord que fait surgir cette discussion me paraît plus apparent que réel. Au fond, personne de nous n'admet que la lecture d'un cliché radiographique puisse être l'argument masse qui décide, à lui seul, d'une intervention. Mais il ne paraît pas douteux que, dans certains cas où l'on est hésitant, où les signes cliniques sont insuffisants pour préciser la conduite à tenir, la radiographie ne nous rende de grands services. La conservation des travées cellulaires sur les clichés nous incitera à

attendre. Au bout de quatre à cinq jours, si les signes cliniques sont encore peu nets, une nouvelle radio permet de suivre l'évolution des lésions mastoïdiennes. De leur arrêt ou de leur progression, nous tirerons une indication opératoire précieuse.

— **G. Worms.** Les résultats sont, avant tout, affaire de technique. Il faut d'excellents clichés. Les incidences profil-oblique et fronto-occipitale sont les plus démonstratives.

Il est parfois indispensable de comparer des clichés successifs avant de se faire une opinion.

On ne saurait rien déduire d'une mastoïde uniformément estompée, sans détails de structure. Une mastoïde compacte cache son jeu.

La constatation des plaques d'ostéite raréfiante, avec destruction de cloisons intercellulaires, est décisive.

— **Ramadier.** Admettons qu'on obtienne par la radiographie des renseignements parfaits sur l'état des cloisons intercellulaires, une question n'en subsiste pas moins : la destruction des cloisons intercellulaires constitue-t-elle un fait qui doive faire considérer une mastoïdite comme incapable de guérir sans le secours de la chirurgie ? Je ne le crois pas pour ma part ; nous voyons guérir spontanément bien des suppurations oto-mastoïdiennes profuses, dont l'abondance témoigne certainement d'une suppuration et d'une destruction osseuse.

Le véritable intérêt de la radiographie en matière d'otite, réside, à mon sens, dans les renseignements que cette exploration peut donner sur l'existence d'un foyer mastoïdien en présence d'un écoulement, grand ou petit, persistant d'une façon inaccoutumée au décours d'une otite.

— **Cottenot.** L'observation de M. Rouget dans laquelle l'intervention chirurgicale a exactement confirmé mes renseignements fournis par la radiographie est une nouvelle preuve de l'utilité de la radiologie dans le diagnostic de mastoïdites aiguës.

A M. Le Mée, je répondrai que je ne suis nullement surpris de ses hésitations quand je vois les radiographies qu'il nous a montrées, radiographies d'ensemble du crâne, sur lesquelles les mastoïdes se voient mal et sans aucun détail d'architecture cellulaire ; leur interprétation est impossible.

Le radiodiagnostic mastoïdien est difficile, il exige : 1° une technique très précise ; 2° un grand entraînement dans l'interprétation des images.

En ce qui concerne la technique, j'ai toujours soutenu et c'est l'opinion surtout admise à l'étranger, que la meilleure incidence pour l'étude des lésions de la mastoïde est celle que j'appelle « temporo-tympanique » en la désignant par les points d'incidence et d'émergence du rayon central. Il est bon de faire des vérifications sous d'autres incidences, mais celle-là est indispensable ; il est curieux qu'on ne se décide pas à l'adopter en France comme partout ailleurs. C'est seulement avec cette technique correcte que l'on peut étudier l'évolution des lésions, et vous avez pu remarquer que les radiographies que nous vous avons montrées, sont, pour chacune des mastoïdes, exactement superposables entre elles, condition indispensable pour permettre d'apprécier les modifications de la structure cellulaire au cours des examens successifs.

Sur des radiographies correctes on fait une véritable étude anatomo-pathologique de la mastoïde, et j'ai été heureux d'entendre M. Hicquet appuyer cette opinion en nous disant qu'il a l'habitude de faire radiographier les mastoïdites et qu'il observe habituellement une parfaite concordance entre les données radiologiques et les constatations chirurgicales.

XI. Chavanon (présenté par L. LEROUX). — **Recherches sur l'action de la toxine diphtérique diluée.**

Je vous apporte deux sortes de faits obtenus au moyen de toxine diphtérique diluée : des faits d'ordre curatif, et des faits d'ordre préventif.

La toxine diphtérique utilisée provient de l'Institut Pasteur de Paris. Elle a été choisie virulente, puisque 1/400^e de centicube tue un cobaye de 250 grammes. Elle a été diluée au moyen d'un dynamiseur mécanique, couramment employé en laboratoire pour faire des dilutions centésimales. Les remèdes ainsi obtenus ont toujours été administrés par voie buccale.

Je fais également observer que je ne présente pas seulement quelques observations « réussies », mais *toutes* mes observations.

Voici tout d'abord quelques faits d'ordre curatif, et, pour commencer, un cas de *paralysie diphtérique* :

Il s'agit d'un enfant de 4 ans 1/2, qui a fait un coryza du 25 au 30 octobre 1929, sans fièvre, écoulement rougissant les narines, rien à la gorge. Vers le 15 novembre, sont apparues dysphagie et dysphonie, progressives jusqu'au 6 décembre 1929, jour où je l'ai vue pour la première fois. Elle nasonnait, et, malgré des végétations assez volumineuses, rejetait les liquides par le nez, avec quintes de toux. Elle se plaignait depuis quelques jours de gêne et fatigue très marquées dans les épaules et les jambes. La température était de 37°4 le soir depuis plusieurs jours. Une culture faite par le Dr Prétet la veille sur ma demande, venait de montrer au bout de 18 heures la présence de nombreuses colonies de bacilles diphtériques moyens. L'enfant étant fatiguée, et sa mère (qui est médecin), fort inquiète, je lui administrai immédiatement (à 15 heures) une dose de trentième dilution de toxine, et conseillai de lui en donner une deuxième deux jours après.

Dans les trois à quatre heures qui suivirent l'absorption de la première dose, se produisit une réaction générale intense, avec pâleur, prostration, sueurs, et hypothermie, avec chute brusque de 37°4 à 36°2. La mère revint me voir le soir, affolée par cette réaction. Je lui dis de ne pas s'inquiéter, et de lui donner quand même sa deuxième dose de trentième dilution le 8 au réveil. J'appris ensuite que cette deuxième dose n'avait pas donné une réaction hypothermique aussi forte que la précédente (chute brusque seulement de 37° à 36°6), que les symptômes de paralysie avaient commencé à rétrograder dès la réaction thérapeutique du 6 décembre, et qu'ils disparaissaient progressivement depuis.

Une nouvelle culture, ensemencée le 12 décembre à 17 heures, démontra l'absence de bacilles diphtériques (donc après six jours de traitement).

Une culture de contrôle faite le 19 décembre ne montra que quelques staphylocoques. La paralysie à cette date était terminée.

Je ne possède malheureusement pas d'autre observation de paralysie diphtérique, n'ayant eu que celle-ci à soigner depuis que j'utilise ces remèdes.

J'ai aussi traité par la trentième dilution de toxine quatre *porteurs de*

germes, chez qui les bacilles sont disparus en une moyenne de dix jours. Toutes les cultures négatives ont été contrôlées par une nouvelle culture pratiquée sept à huit jours après.

L'un d'eux, mère de l'enfant ci-dessus, avait fait du 14 au 28 novembre 1929 une angine à fausses-membranes, avec 40° de fièvre pendant 48 heures. Aucun traitement n'avait été administré, sauf des lavages de gorge à l'eau bouillie chaude, et des compresses humides sur les ganglions. Elle était fatiguée depuis. Pour dépister une contamination possible entre la mère et la fille, j'avais fait faire également un prélèvement le 5 décembre, et cette culture avait montré du bacille diphtérique court et moyen en abondance au bout de 18 heures. Je lui donnai le 6 décembre une dose d'une trentième dilution de toxine, en même temps qu'à sa fille, et lui conseillai de prendre en plus matin et soir une trentième dilution de cyanure de mercure.

Une deuxième culture, fait le 12 décembre en même temps qu'à sa fille, fut négative, donc après six jours de traitement également.

Une troisième culture, faite pour contrôler le 19 décembre, montra également l'absence de bacilles.

Il est à noter que cette femme avait fait une première angine diphtérique vingt ans auparavant, qui avait été soignée par des injections de sérum.

Voilà pour les résultats d'ordre curatif. Voici maintenant ceux d'ordre préventif :

Vous connaissez tous ce fait que ce sont les diphtéries les plus bénignes et les plus courtes qui confèrent à l'organisme l'immunité la plus durable. Donc, lorsqu'une maladie est d'espèce immunisante, il est inutile que l'organisme soit shocké pour gagner son immunisation. Il ne doit donc pas être nécessaire non plus de shocker cet organisme pour l'immuniser, pour le vacciner.

Faute de sujets d'expériences, d'animaux, et de moyens pécuniaires, je n'ai pu expérimenter que dans la diphtérie le procédé que je vais vous exposer brièvement. Je me réserve de l'essayer plus tard sur les autres maladies infectieuses et contagieuses.

J'ai donc utilisé ici des dilutions de toxine, et cherché leur influence sur la réaction de Schick. Toutes ces réactions de Schick ont été faites, et leurs résultats lus et traduits par le Dr Prétet, chef de laboratoire à l'Hôpital des Enfants Malades. Je tiens à le remercier ici très vivement de la collaboration précieuse qu'il m'a apportée.

Je suis arrivé aux faits suivants, obtenus en série, que ni la sixième, ni la douzième, ni la trentième, ni la centième dilutions centésimales n'influencent la réaction de Schick. La deux-centième commence à l'affaiblir légèrement, à condition de la répéter souvent, mais son effet ne dure pas. La millième désensibilise au Schick si elle est répétée de quatre à cinq fois, à une ou deux semaines d'intervalle environ. Mais son effet ne dure pas non plus. Par contre, une ou deux doses de la quatre-millième provoquent un effet immunisant durable, parfois obtenu en un mois. Une seule dose de la

huit-millième suffit également. Mais la huit-millième a un inconvénient, c'est qu'elle déclanche une période négative durant de un à plusieurs mois selon les sujets, période négative au cours de laquelle la réaction de Schick augmente progressivement ; puis elle décroît ensuite à zéro. La quatre millième donne parfois aussi une période négative, mais beaucoup plus courte. La période négative est d'autant plus longue et plus intense que le sujet est plus hydrogénéoïde et plus lymphatique.

Je ne puis prévoir qu'elle sera la durée de cette immunisation. L'avenir seul le dira. Peut-être l'action de la huit-millième durera-t-elle plus longtemps que celle de la quatre-millième, c'est possible. Peut-être l'action immunisante de l'une ou de l'autre, peut-être des deux, seront-elles définitives ? Je possède en tout cas déjà deux observations où le Schick se maintient négatif depuis onze mois. J'ai ainsi produit un Schick négatif sur chacun des *treize* sujets de un an et demi à treize ans constituant ma première série d'expériences. Une deuxième série de huit sujets est actuellement en cours, et donne des réactions exactement semblables à celles de la première série.

J'ai, bien entendu, fait prendre la température matin et soir chez tous, dès la veille du traitement, et pendant plusieurs mois. J'amaï aucun n'a eu une réaction de $1/10^0$ de degré de fièvre pouvant être rapportée à une dose de toxine diluée.

Ces résultats ne sont pas sans surprendre, et j'ai failli abandonner les expériences au début parce que j'avais naturellement commencé par les basses dilutions, croyant qu'elles agiraient, pour l'immunisation, comme dans leur action curative sur des états pathologiques donnés. Vous avez vu que la clef de la solution était dans la différence de ces deux problèmes.

Vous savez d'autre part que la réaction de Schick ne vaccine pas, et qu'on n'arrive à produire l'immunité qu'avec une certaine dose de toxine plus ou moins élevée et plus ou moins répétée (exemple l'anatoxine de Ramon). On n'obtient donc, dans ce cas, une action qu'avec une dose assez élevée au-dessus de la dilution au $1/750^0$ représentée par la dilution de Schick. D'autre part, c'est b'en loin au-dessous du taux de cette dilution au $1/750^0$, c'est seulement à partir de la millième dilution centésimale que l'on commence à produire un effet immunisant plus ou moins durable. Il y a donc une zone noire, inactive au point de vue immunisation, entre l'action des doses maxima et celle des doses minima.

XII. *Le Mée et Magdelaine.* — Un cas d'erreur d'aiguillage post-opératoire des filets sécréteurs de l'auriculo-temporal.

Il s'agit d'une malade porteuse d'une cicatrice de trépanation mastoïdienne, de la partie inférieure de laquelle s'écoule un liquide clair, très abondant, ressemblant à de la sueur.

L'avis des neurologistes est qu'il s'agit d'une « erreur d'aiguillage » dans

la régénération des fibres sécrétoires de l'auriculo-temporal, se rendant dans un territoire cutané au lieu d'aller à la parotide.

Après discussion, on porte le diagnostic de fistule parotidienne et on propose comme thérapeutique, la destruction du point suintant par le galvano-cautère ou l'électro-coagulation.

SOCIÉTÉS SAVANTES

CONGRÈS FRANÇAIS D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Tenu à Paris du 16 au 19 octobre 1929

1^o Baqué (Luchon). — Appareil pour insufflations d'air chaud ou médicamenteux.

L'auteur présente un appareil très simple qui permet d'éviter tous les vices de la poire de Politzer. L'air est envoyé soit par à coups, soit sous une pression continue, progressive et modifiable instantanément, à la volonté de l'opérateur, renseigné par l'otoscope. L'air envoyé peut être en outre et à volonté chauffé ou chargé de vapeurs médicamenteuses. L'appareil, aisément transportable, peut être fixé instantanément sur une table quelconque.

— **Come Ferran (Lyon)**, a présenté jadis un appareil construit sur des bases toutes différentes, et permettant d'employer l'air chaud dans les insufflations tubaires. Il insiste sur l'efficacité de l'air chaud dans les lésions de l'oreille moyenne.

— **Metzianu (Bucarest)**. Je trouve très intéressante la communication du D^r Baqué de Luchon présentant cet appareil si utile dans nos Cabinets de Consultation et par lequel est mise au point la question des applications des douches d'air dans les catarrhes tubotympaniques.

Je tiens à faire remarquer qu'à l'Etablissement Thermal de Luchon, en faisant ces cathétérismes avec des appareils basés sur le même principe, on introduit dans l'oreille moyenne, non pas de l'air chauffé artificiellement, mais de l'air chaud qui vient directement des griffons, air sec, chargé d'émanations sulfureuses, applications qui doivent être beaucoup plus efficaces, car d'après les statistiques de l'Etablissement Thermal, plus de 80 % des surdités dues au catarrhe chronique tubotympanique sont guéries par ce traitement.

2^o Moreaux (Nancy). — De quelques contre-indications à l'usage de certaines eaux minérales.

L'auteur signale l'action congestive et irritante pour les muqueuses des voies respiratoires des eaux thermales chlorurées sodiques chez les personnes saines, en dehors de tout état morbide justifiant l'usage des eaux.

Cette action est due à la fois à la composition qualitative des eaux et à leur titrage hypotonique.

Le moyen logique de prévenir les accidents qui se produisent fréquemment chez les baigneurs des piscines populaires serait, tout en leur gardant le bénéfice de la jouissance de la thermalité des eaux, d'épurer celles-ci de leurs éléments minéraux. En attendant que pareille question soit étudiée, il serait désirable que le public qui fréquente les établissements thermaux soit averti par des affiches habilement placardées de la nocivité des eaux pour des muqueuses saines et, à plus forte raison, pour celles sujettes à des poussées congestives du danger qu'il y a, de ce fait, à se livrer à des ébats balnéaires immodérés et à des plongeurs, en particulier. Les enfants des écoles, que l'on amène en groupe, à des séances de baignade régulières, devraient être soumis à une visite médicale minutieuse qui éliminerait ceux présentant quelque contre-indication à l'usage des eaux. L'auteur pense que, du fait même de leur action hyperhémique pour les muqueuses, les eaux thermales chlorurées sodiques pourraient être salutaires dans la thérapeutique de certaines atrophies.

— **Jacques (Nancy).** Les accidents rhino-pharyngés et leurs conséquences otiques, sont en effet très fréquents à la suite des bains de piscine trop prolongés dans une eau thermale. Il serait à désirer que l'administration des établissements qui les dispense mit le public en garde contre l'abus inconsidéré d'un agent dont l'activité thérapeutique risque de dégénérer en éléments d'irritation et peut-être d'infection.

— **Helsmoortel Junior (Anvers).** On rencontre dans toutes les régions, aussi bien thermales que non thermales, après le bain, des récurrences d'otite. La cause en est la pénétration d'une eau septique dans une oreille dont le tympan était perforé. Pour éviter cet accident nous conseillons à nos malades de mettre dans l'oreille un bouchonnet d'ouate vaseliné.

30 J. Vincent (Challes-les-Eaux). — Traitement de l'ozène par la cure sulfureuse.

L'ozène est justiciable de la cure sulfureuse à toutes ses étapes chronologiques.

Les cas anciens, remontant à plus de 10 ans, ne sont pas guéris, mais bénéficient utilement des grandes irrigations nasales et rétro-nasales ; elles devront être continuées tous les jours à domicile : le malade évitera ainsi la stagnation des croûtes et l'odeur fétide.

Les cas récents, dépassant seulement de quelques années la puberté, sont très améliorés et presque guéris : la cure sulfureuse constitue, dans ces cas, un heureux complément ou une excellente préparation à d'autres traitements, notamment à la paraffinothérapie et à la vaccinothérapie.

Les cas précoces doivent être dépistés par la notion d'hérédité ou d'ozène familial ; ils guérissent entièrement par plusieurs cures sulfureuses successives.

Le soufre agit dans l'ozène : 1) par son action antiseptique et celle-ci revient surtout à l'H²S des eaux minérales ; 2) par son action vaso-dilatatrice qui fait réagir utilement une muqueuse atone et atrophie ; elle s'accompagne d'une action excito-sécrétoire et trophique ; 3) par son action reminéralisatrice sur l'état général et sur les cellules mucipares.

On pourrait considérer l'ozène comme une sorte de carence sulfurée au moment de la puberté. Challes est la station de choix pour le traitement de cette affection, par sa spécialisation et sa forte sulfuration.

— **Guns (Louvain).** La question de la pathogénie et du traitement de l'ozène ou

rhinite atrophique fétide est encore très discutée, mais cependant y a-t-il, dans toute cette question, des faits qui semblent être acquis ? Il semble que oui.

1) D'abord, est-ce une affection à microbe connu ? Il semble que, d'après les recherches les plus récentes, il faille répondre par la négative. Nous-même, après plusieurs autres auteurs, avons entrepris des recherches sur ce sujet, et nous n'avons pu isoler aucun microbe spécifique. Un des germes (bacille glaireux) que nous avons isolé des nez atteints d'ozène, n'a pu produire d'ozène une fois instillé dans les fosses nasales. D'autre part, les recherches d'immunité ne nous ont pas permis de découvrir dans le sang de sujets atteints de cette affection d'anticorps spécifiques.

2) Y a-t-il à la base de l'ozène une lésion du ganglion de Meckel ? Il faut également répondre par la négative. Les recherches de Chavanne sont tout à fait démonstratives.

3) On a voulu admettre également qu'il s'agirait d'une lésion dépendant de la même cause que l'anémie pernicieuse, et que le régime de Wipple donnerait des résultats. Nous l'avons expérimenté sur plusieurs sujets et le régime au foie n'a absolument rien donné au point de vue curatif.

Nous avons donc, au point de vue pathogénique, beaucoup de causes qu'on peut éliminer.

Au point de vue traitement, il semble qu'à l'heure actuelle il faille appliquer le traitement qui donne le plus de succès et le moins d'ennui, au malade. A la suite de recherches qui datent de plusieurs années, je crois pouvoir conseiller la cure suivante : pendant le premier mois, faire faire un grand lavage au bœck irrigateur avec une solution alcaline quelconque. Ce lavage se fera une fois par semaine. En même temps, faire prendre deux fois par jour 1 centigramme de pilocarpine (Delie préconise la néopancarpine qui est également excellente). Cette médication sera poursuivie assez longtemps. Au bout de quinze jours déjà, les sécrétions sont plus fluides et il n'y a plus aucune odeur.

Est-ce à dire que la narine se présentera à la rhinoscopie avec une *restitutio ad integrum* ? Que non ; mais il me semble que cette méthode de traitement est facile et peut être continuée longtemps sans préjudice pour le malade.

— **Brindel (Bordeaux).** La communication de Vincent semblerait indiquer que la station de Challes aurait un monopole du traitement de l'ozène. Je rappellerai que toutes les stations d'eaux sulfureuses ont une action efficace dans cette affection : citons seulement Cauterets, Luchon, Aix-les-Thermes.

Quelle est cette action ? A mon avis, éminemment congestive. Aussi l'emploi des eaux sulfureuses dans l'ozène me paraît indiqué dans la première période du coryza atrophique, alors qu'il existe seulement un coryza purulent en voie d'atrophie et dans la période ultime, alors qu'il n'existe plus de croûtes sèches, odorantes, mais des sécrétions demi-solides.

L'eau sulfureuse agit admirablement dans les laryngo-trachéites ozéneuses, mais à la condition que la muqueuse des voies respiratoires soit congestionnée au maximum. Aussi ai-je soin de recommander de saturer les muqueuses chez les ozéneux avec l'eau sulfureuse. Celle-ci devra être prise en boisson, en bains, en lavages locaux.

Elle agira d'autant mieux que la muqueuse nasale aura été mieux restaurée, soit par la paraffinothérapie, soit par les massages et les pulvérisations de nitrate d'argent.

J'ai vu des malades, atteints de coryza atrophique très accentué, arriver, par le seul traitement médical (massage, nitrate, usage des eaux sulfureuses), à reconstituer la muqueuse des cornets au point de gêner la respiration nasale. Cet effet n'a été obtenu, bien entendu, qu'après plusieurs années de traitement, mais le résultat a été définitif.

Je considère, en résumé, le traitement sulfureux dans l'ozène, comme un puissant adjuvant du traitement de cette affection, mais non comme un curatif d'emblée.

— **Lafite-Dupont (Bordeaux)**. Le traitement sulfureux agit dans l'ozène en congestionnant la muqueuse, en l'infiltrant, ce qui permet de continuer le traitement par les injections de paraffine. Il est indiqué lorsque ces injections ne sont plus possibles.

— **Dutheillet de Lamothé (Limoges)**, a fréquemment à traiter des ozéneux. Le traitement salicylé (administration de salicylate de soude) sur lequel il avait fondé des espérances, n'a pas donné de résultats durables. Le seul procédé qui amène la guérison définitive est la paraffinothérapie. Toutes les fois que l'on peut refaire les cornets, on voit croûtes et fétidité disparaître. Malheureusement cette réfection n'est pas toujours possible, et, en tout cas, comme le dit M. Lafite-Dupont, elle est toujours longue et difficile.

— **Come Ferran (Lyon)** pense qu'il ne faut pas sous-estimer le traitement chirurgical et la paraffinothérapie. Cette dernière lui a donné d'excellents résultats qu'il complète volontiers par une cure thermale à Challes, par exemple.

4^e Lasagna (Parme). — Les eaux chlorurées sodiques dans les affections des voies respiratoires.

A côté des eaux sulfureuses et arsenicales, il ne faut pas oublier les chlorurées sodiques qui ont une action efficace dans le lymphatisme et l'arthritisme. En somme, par rapport aux eaux sulfureuses ou arsenicales, celles-ci ont une action locale plus dosable, plus rapide, plus active et plus définitive.

5^e Discussion du rapport de MM. Flurin et Vialle.

— **De Parrel (Paris)**. Ma brève intervention dans cette discussion n'a trait qu'à la *thérapeutique hydrominérale du catarrhe tubo-tympanique chronique et de l'otite moyenne adhésive*.

Trois stations s'offrent à notre choix pour le traitement de ces affections : Ax-les-Thermes, Cauterets et Luchon. Mais, en fait, Ax et Luchon sont similaires. Restent donc en présence : Cauterets d'une part, Ax et Luchon de l'autre. Les différences entre ces deux types thermaux résident dans le médicament, la technique d'utilisation et les résultats.

1) *Le médicament*. — Les eaux de Luchon et d'Ax sont essentiellement instables ; elles blanchissent en respirant, si j'ose dire. Au contact de l'air elles dégagent spontanément des vapeurs sulfureuses. Ces vapeurs apposent leur signature en brun sur le papier à l'acétate de plomb.

Les eaux de Cauterets sont stables. Elles renferment le soufre sous forme de soufre non oxydé et ne le perdent pas au contact de l'air.

2) *La technique d'utilisation*. — A Luchon, la vapeur sulfureuse chaude se dégage par le contact d'un courant d'air montant le long des spires d'un serpentin que descend un courant d'eau sulfureuse. Ces vapeurs sont dirigées vers la trompe et la caisse à travers un tube de caoutchouc et une sonde d'Itard.

A Ax, on utilise le « vaporigène », sorte de réservoir de vapeurs sulfureuses naturelles comprimées et envoyées dans la trompe et la caisse par le même procédé.

A Cauterets, on se sert aussi de la sonde d'Itard et du tube de caoutchouc, mais ce n'est pas de la vapeur qu'on projette dans la trompe d'Eustache, c'est de l'eau finement poudroyée et chargée de quelques gaz thermaux.

La vaporisation sulfurée de Luchon sèche les muqueuses tubo-tympaniques ; celle de Cauterets les imbibé.

3) *Les résultats* que donnent ces deux types de médicaments hydro-minéraux et ces deux modes d'applications sont assez différents.

A notre avis, les vaporisations sulfurées de Luchon et d'Ax ont une influence modificatrice plus puissante encore que les pulvérisations de Cauterets : l'assèchement des muqueuses rhino-tubaires nous paraît plus rapide, et surtout l'action mécanique est plus intense, comme on peut s'en rendre compte par l'auscultation de la caisse. Les brides adhésives se rompent ou s'assouplissent, les constrictions tubaires se relâchent, la chaîne des osselets et les tympons récupèrent de l'élasticité. Il s'agit à la fois de massage et de mobilisation.

Nous ne croyons pas que la pulvérisation trans-tubaire d'eau de Cauterets ait une action mécanique aussi directement efficace. Nous aurions même quelque tendance à considérer comme défavorable le contact de l'eau poudroyée avec les muqueuses rhino-tubaires, car nous savons que ces muqueuses ont horreur de l'eau, surtout chez les arthritiques.

Cette réserve étant formulée, en ce qui concerne le traitement thermal des catarrhes tubo-tympaniques et des otites sèches adhésives, nous nous plaisons à reconnaître l'incontestable valeur des eaux de Cauterets dans la thérapeutique des affections catarrhales et inflammatoires des voies respiratoires. Sa réputation mondiale est hautement méritée.

En résumé : Ax et Luchon sont les stations de la surdité. Cauterets est la station des rhino-bronchites descendantes.

Pour compléter ce schéma, ajoutons que Challes est la station des voix surmenées ou malmenées et des nez sales ou ozéneux et qu'Allevard convient plutôt aux pharyngites et aux bronchites à tendance congestives et spasmodiques.

A Ax et à Luchon on vaporise, à Cauterets on pulvérise, à Allevard on inhale, et à Challes on lave à grande eau.

Telle est la conclusion de vingt années d'expérience de la créno-thérapie sulfureuse.

— **Du Pasquier (Saint-Honoré).** A Saint-Honoré-les-Bains où nous voyons beaucoup de ces fragiles respiratoires, enfants et adultes, nous avons l'habitude de voir nos malades revenir, l'année suivante, avec la satisfaction d'avoir passé un meilleur hiver coupé de moins d'incidents aigus, moins d'angines, de coryzas, de bronchites, de laryngites. Voici un témoignage que nous entendons constamment de la part des mamans reconnaissantes : « Autrefois, mon enfant était constamment enrhumé du mois d'octobre au mois de mai ; maintenant je ne sais plus ce que c'est qu'un rhume. »

Mais pour obtenir ces résultats, et c'est encore un point sur lequel je voudrais insister, il faut la répétition des cures thermales ? Une seule cure ne suffit pas pour supprimer à tout jamais ces fragilités. Il est aisé de comprendre qu'un traitement de trois semaines, fut-il thermal, est impuissant à modifier l'organisme d'une façon assez durable, mais un progrès est obtenu chaque année et après deux et, en général, trois cures successives, l'état local et l'état général sont assez profondément modifiés pour que l'amélioration soit durable et définitive.

Je veux tout d'abord remercier les rapporteurs MM. Flurin et Vialle pour leur excellent rapport si complet et si documenté. Je n'ai pas grand-chose à ajouter aux notions si claires et si précises qui en découlent, mais je voudrais insister sur une indication particulière des eaux thermales sur laquelle vous aurez souvent l'occasion d'être consulté. Je veux dire la fragilité des voies respiratoires supérieures. Il s'agit de ces malades qui font fréquemment, au cours de l'hiver, des poussées de rhino-pharyngite ou de laryngite, sous l'influence du moindre coup de froid. C'est peu de chose. La thérapeutique est,

vous le savez, bien impuissante à modifier cet état de susceptibilité et cependant c'est une infirmité des plus gênantes dans certaines professions : acteurs, chanteurs, professeurs, etc. Or, ces fragilités respiratoires, que Flurin a encore appelées débilité rhino-bronchique, sont un triomphe pour les cures thermales et les eaux sulfureuses en particulier, car elles agissent à la fois sur l'état général et sur l'état local en stimulant la vitalité et la résistance de la muqueuse respiratoire, comme l'ont bien mis en lumière les rapporteurs.

— **Baqué** (*Luchon*), après avoir relevé quelques erreurs, concernant les sources de Luchon, insiste sur la différenciation à faire entre les divers modes d'insufflation de la trompe d'Eustache. Les unes sont de vraies vaporisations, comme à Luchon, les autres constituent de la pulvérisation, comme à Cauteret. M. Baqué ne saurait accepter cette dernière parce que dangereuse, par l'envoi de corps étrangers, même liquides, dans la caisse, qui, d'ailleurs, les accepte très mal.

— **Koenig** (*Paris*) félicite les rapporteurs de l'excellente propagande que constitue leur rapport. Il désire ajouter une remarque : il a eu l'occasion de constater que les eaux de Luchon ont une action très favorable sur la pyorrhée alvéolo-dentaire. Il pense que ce résultat est dû à l'action antiseptique du soufre à l'état ionique.

— **Lapouge** (*Nice*). La partie climatique du rapport n'a pas mon entière approbation. MM. Flurin et Vialle écrivent que le climat maritime atténué de la Méditerranée représente un climat exceptionnel pour la cure hygiénique de la tuberculose laryngée. Et bien, Messieurs, nous autres, spécialistes de la Riviera, nous n'avons pas le droit de laisser passer cette phrase. Je mets à part l'arrière-côte d'Azur, Draguignan, Grasse, Vence, mais la côte méditerranéenne est, à mon avis, néfaste à toute tuberculose laryngée, quelle que soit sa forme évolutive, son stade et l'état pulmonaire.

— **Mignon** (*Nice*). En assistant, dans de nombreux Congrès antérieurs, à des discussions relatives à la climatologie, j'ai pu me rendre compte des difficultés qui surgissent pour poser les indications climatiques, sans risquer de tomber dans des exagérations. Les conditions d'un climat étant connues, il ne faut les utiliser qu'en tenant le plus grand compte de l'état de chaque malade et de ses réactions. En second lieu, en présence d'un malade qui peut bénéficier d'un climat, il faut être opportuniste et savoir profiter de la période qui lui convient. Enfin, il faut indiquer dans quelles conditions le malade devra être placé pour bénéficier d'un climat. En ce qui concerne la Côte d'Azur, il faut tenir le plus grand compte de la proximité plus ou moins grande de la mer. Ces remarques générales expliquent pourquoi des opinions aussi différentes ont souvent été émises au sujet de l'action de certains climats. J'ajouterai, en ce qui concerne notre spécialité, que, pour la tuberculose laryngée, le climat méditerranéen paraît être assez dangereux, contrairement à l'opinion des rapporteurs. Les malades à tendance congestive ne doivent d'ailleurs pas résider à proximité de la côte. Les mêmes réserves doivent être faites au sujet de malades atteints de lésions pharyngées. Quant aux lésions chroniques des fosses nasales ou de leurs cavités annexes, elles sont, en général, favorablement influencées par le climat méditerranéen. Cette action favorable se fait également sentir sur l'appareil auditif ; non seulement les otites catarrhales ou suppurées sont favorablement influencées par le climat méditerranéen, mais aussi l'oto-sclérose.

Une longue pratique de la côte méridionale permet à l'auteur de soutenir cette opinion avec beaucoup de force, sachant d'ailleurs bien qu'elle est en opposition avec les données classiques.

6^e Henry Proby (Lyon). — Syndrôme du trou déchiré postérieur avec paralysie laryngée bilatérale (projection de radiographies).

Le syndrome du trou déchiré postérieur avec paralysie laryngée du côté traumatisé est classique.

S'il s'y ajoute une paralysie du côté opposé, ce trouble ne peut s'expliquer que par une fissure allant d'un trou déchiré à l'autre, ou un hématome ayant suivi la même voie.

On s'explique mal, dans ce cas, la localisation élective sur le pneumo-spinal et non, sur les autres nerfs.

Une explication physiologique paraît plus rationnelle.

L'innervation du larynx serait double et croisée et un seul pneumo-spinal enverrait également des fibres du côté opposé.

Cette disposition n'est pas constante, comme l'ont déjà décrite Mandelstam et Exner, expliquant ainsi la rareté d'observations semblables.

L'étude critique de la double paralysie signalée dans l'observation, et du retour de l'influx nerveux dans les différents groupes musculaires, permet d'énoncer les conclusions suivantes :

- 1) L'innervation du larynx dans certains cas, est double et croisée ;
- 2) Le pneumo-spinal innerve constricteurs et dilatateurs de son côté. Du côté opposé il innerve, par ordre d'importance, les dilatateurs, les constricteurs et donne quelques filets au thyro-aryténoïdien interne ;
- 3) Le laryngé supérieur régit la sensibilité laryngée et envoie des fibres motrices aux constricteurs ;
- 4) Le laryngé supérieur engainé par les fibres du recurrent paraît moins vulnérable que lui.

— **Moreau (Saint-Etienne).** Le syndrome du trou déchiré postérieur peut donner lieu à une erreur de diagnostic, celle d'une sténose œsophagienne. Dans deux cas, les malades présentaient un arrêt des aliments qui apparaissait à la radioscopie comme pouvant être imputable à une sténose anatomique. Or, il s'agissait d'un trouble dans la mécanique de propulsion œsophagienne relevant d'une lésion traumatique du trou déchiré postérieur. Ces deux malades, à l'encontre des sténosés, ne pouvaient déglutir que si le bol alimentaire présentait un *certain volume*, aidant à sa progression par l'introduction du doigt dans la cavité buccale.

7^e Jean Goubert (Alès). — Paralysie des Dilatateurs associée.

Il nous a été donné d'observer récemment un cas de paralysie des dilatateurs associée à une hémiplegie vélo-palatine gauche, et ce cas de syndrome de Gerhardt associé nous a paru intéressant à communiquer.

M^{me} R. de la Grand Combe vient nous consulter pour des troubles de la respiration. Avant même qu'on ait interrogé cette malade, on comprenait d'avance qu'il s'agissait d'une gêne respiratoire, car toutes les demi-minutes cette malade était obligée de faire une inspiration profonde qui s'accompagnait d'un bruit intense de cornage. En interrogeant cette malade qui répond à nos questions d'une voix sonore et normale, mais qui est obligée de s'arrêter au milieu d'une phrase pour reprendre le souffle, ce qui rend sa parole saccadée, nous apprenons qu'elle est ainsi depuis deux ans. Son état n'empire pas, elle fait du bruit, surtout la nuit, mais elle a peu d'accès de suffocation.

Examen. — Aucun antécédent, aspect bouffi, membres infiltrés, large pannicule adi-

peux, mobilité active et passive normale, sensations paresthésiques dans le membre inférieur gauche, réflexes tendineux, cutanés, pupillaires, normaux.

A l'examen du pharynx on constate une héli-paralyisie du voile à gauche. L'arc palatin est abaissé à gauche. Pas de déviation de la luette, sensibilité normale, réflexes conservés.

Signe du rideau de Vernet, accumulation de salive dans la fossette glosso-épiglottique, troubles de déglutition des solides, goût émoussé (quinine).

A l'examen du larynx : paralysie des dilatateurs de la glotte. A l'état de repos les cordes restent fixées en position paramédiane, elles se rapprochent lors de la phonation, lors de l'inspiration la fente glottique s'élargit légèrement, mais ne dépasse pas 2 millimètres.

Nous sommes donc en présence d'une paralysie des dilatateurs. C'est une paralysie bilatérale des cordes vocales en position paramédiane. Un examen radioscopique et radiographique complet est négatif. B. W. négatif, le taux de l'albumine céphalorachidienne légèrement augmenté, la tension au manomètre de Claude est 22, Quesckens-tedt 37, azotémie 0,38 par litre. En résumé, il s'agit d'une paralysie des dilatateurs et nous l'avons dite associée, parce qu'il existait des signes de paralysie, non seulement dans le domaine du spinal, mais également du glosso-pharyngien. L'étiologie reste douteuse. L'examen complet du système nerveux, les épreuves de laboratoire, la radioscopie des organes médiastinaux n'ont apporté aucun élément concluant. On ne trouve dans les antécédents de la malade aucune histoire infectieuse (ni diphtérie, ni fièvre typhoïde), B. W. négatif dans le sang et dans le liquide céphalorachidien. Pas de signe de Tabes.

Depuis le mémoire fondamental de Gerhardt est intervenu le remarquable travail de MM. Lermoyez et Ramadier, et ces deux auteurs ont attribué dans l'étiologie de la paralysie des dilatateurs un rôle prépondérant à la syphilis. Cette notion tend à devenir classique et nous n'en voulons pour preuve que les résultats obtenus par le traitement spécifique. Dans le cas qui nous concerne et qui rentre, au point de vue étiologique, dans le 4^e groupe indiqué par MM. Lermoyez et Ramadier, c'est-à-dire dans la paralysie des dilatateurs cryptogénétiques, puisque nous n'avons abouti à aucune étiologie nette, nous avons cependant soumis la malade à un traitement spécifique intensif. Actuellement, il semble que la corde vocale droite se mobilise avec plus de facilité, ce qui tendrait à penser que la syphilis intervient bien encore dans notre cas.

Quoi qu'il en soit, sans vouloir ouvrir des discussions sur la pathogénie, ce cas nous a paru intéressant à relater, parce qu'il s'agissait, ce qui est rare, d'une paralysie des dilatateurs associée à des troubles paralytiques unilatéraux de la 9^e paire.

8^o Citelli (Catane). — Sur l'existence de leucoplasie typique sur les amygdales et le cornet inférieur.

L'auteur relève que la leucoplasie n'a, jusqu'à présent, été décrite que dans la bouche et sur la langue, mais jamais sur les amygdales palatine et pharyngienne, ainsi que sur les cornets. Or, il a observé de telles lésions absolument typiques et primitives, chez deux malades sur une amygdale palatine, et, chez deux autres malades, sur les végétations adénoïdes. Dans un autre cas, la lésion siégeait sur le cornet inférieur. Aucun de ces malades n'était syphilitique.

9^o Villardosa (Barcelone). — Fistules œsophagiennes d'origine carcinomateuse.

L'auteur insiste sur le rôle de la tachypnée, si fréquente dans la vie moderne, dans

l'étiologie du cancer œsophagien. Pour nous, il note comme symptôme précoce et fréquent, un certain engouement au passage à travers l'œsophage, d'aliments peu hydratés. Ce symptôme précoce devrait attirer l'attention et permettre un traitement par le radium plus efficace.

10^e Jean Guisez (Paris). — A propos de l'anesthésie en oto-rhino-laryngologie et en broncho-œsophagoscopie.

Pour toutes les opérations sur la tête, et, en particulier, sur la face, la bouche (pan-sinusites, polypes naso-pharyngiens, etc.), l'auteur recommande l'anesthésie par intubation, qu'il emploie depuis quinze ans, effectuée en plaçant directement dans la trachée et sous laryngoscopie directe, une sonde en gomme autour de laquelle on effectue un tamponnement serré dans la bouche et le pharynx, et que l'on met en relation directe avec l'appareil de Ricard.

Avantages de ce procédé : Anesthésie facile, continue, sans qu'il y ait à tenir compte de l'intervention, pas de déglutition ni d'aspiration de matières septiques ou de sang, quantité de chloroforme diminuée, raccourcissement considérable de la durée de l'opération, hémorragie beaucoup moindre, par exemple pour les polypes naso-pharyngiens que l'on peut opérer ainsi dans la position horizontale, tête non décline. Des pipettes de Delbet, etc., ne remplacent pas utilement ce procédé, s'obstruant facilement, amenant de la vaso-congestion de la face, se déplaçant, etc.

Pour la broncho-œsophagoscopie, chez l'enfant au-dessous de 4 ans, aucun anesthésique local ou général ; ensuite chlorure d'éthyle toujours suffisant, l'œsophagoscopie et la bronchoscopie devant être des opérations courtes.

Chez l'adulte, anesthésie locale avec cocaïne en badigeonnages, qui a le grand avantage : 1^o de faire cesser le spasme local, principal obstacle à l'introduction du tube ; 2^o de faciliter la mobilisation du corps étranger ; ce spasme ne cède qu'à l'anesthésie locale et pas du tout à l'anesthésie générale ; 3^o en combattant également cet état inflammatoire ; des sténoses infranchissables peuvent être cathétérisées avec la filiforme.

Dans ces derniers temps, l'auteur s'est très bien trouvé de l'emploi de la butelline qui, en solution à 1/40, anesthésie très rapidement la muqueuse œsophagienne, et, en particulier, la muqueuse des voies aériennes, empêchant le réflexe de la toux pour les manœuvres et les injections intra-trachéo-bronchiques.

En matière d'anesthésie locale, il faut savoir attendre, et souvent les échecs viennent de ce que l'on commence l'intervention avant que l'anesthésie locale ne soit obtenue. L'œsophagoscopie bien faite ne doit pas être douloureuse, et c'est une erreur profonde que de croire que l'anesthésie générale facilite ce genre d'examen.

— **Jacques (Nancy).** Je souscris entièrement à l'opinion de M. Guisez quant, aux avantages de l'anesthésie locale. Quant à la narcose, il ne faudrait pas la condamner d'une façon absolue : elle m'a permis, dans un cas, d'extraire un volumineux dentier enclavé, rebelle à plusieurs tentatives antérieures d'ablation sous cocaïne. C'est au chloroforme que je donne, en pareille occurrence, la préférence ; le chlorure d'éthyle donnant lieu, trop souvent, à des réveils inattendus et quelque peu tumultueux.

— **Guns (Louvain).** Dans notre spécialité, il est incontestable que l'abolition de masques ou d'appareils pour la narcose serait un grand progrès. C'est pourquoi nous devons examiner avec sympathie, mais aussi avec impartialité, tous les produits qu'on met dans le commerce, pour éviter toute instrumentation dans la narcose. Je me per-

mettrai de parler ici de deux produits qui méritent d'attirer l'attention des spécialistes.

L'avertine est un médicament qui s'emploie en lavement. Le but que les auteurs poursuivent n'est pas une narcose complète, mais seulement ce qu'ils appellent « BASIS NARCOSÉ ». En Allemagne, l'expérience de cette narcose est établie sur plus de 200.000 cas. Si on veut obtenir une narcose complète, on sait qu'il y a eu des morts. Mais avec la basis narcose, il n'y a rien à craindre. Quand on s'en tient à la dose de 8 centigrammes par KG, si on prend soin que le médicament soit frais et stable, on obtient, en 5 à 10 minutes, une narcose qui dure entre 1 et 4 heures.

Au moyen de ce procédé, il n'y a plus à craindre les affections pulmonaires qui sont fréquentes après les autres narcoses. Els, dans le *Zentralblatt f. chir.*, 1929, publie une statistique de 630 cas. Il y a eu un cas de mort. L'âge des malades s'établit de 10 mois à 72 ans. Mais il y a cependant un inconvénient inhérent à la drogue : c'est qu'elle abaisse assez fort la pression sanguine et donne de la congestion céphalique.

Il est un autre anesthésique dont on parle beaucoup. Il s'injecte par voie intraveineuse : c'est le *pernocton*. Il est de la même famille que le somnifène. On donne 7 à 8 milligrammes par KG. de poids et on obtient, chez l'adulte, une narcose suffisante pour permettre de petites interventions (Bumm, *Klinik Wochenschr.*, n° 16, 1927). L'anesthésie dure pendant 5 heures. Il faut aussi donner, parfois, quelques grammes d'éther (Lessig, *Deutsche med. Woch.*, p. 159, 1928). Il y a aussi un peu de congestion céphalique.

— **Moreau (Saint-Etienne).** Le nourrisson peut mourir après une bronchoscopie, dans la nuit suivante de l'intervention, sans que l'on puisse incriminer l'action d'un anesthésique. On doit logiquement penser à l'existence du syndrome dit hyperthermique mortel du nourrisson.

11° *Canuyt (Strasbourg).* — **Traitement du cancer du larynx par la laryngectomie partielle (laryngo-fissure, décortication du larynx, laryngostomie et trachéotomie) et par les rayons X ou le radium.**

L'auteur aboutit aux conclusions suivantes :

Le traitement chirurgical est, à l'heure actuelle, le traitement de choix du cancer du larynx.

Les indications de la laryngectomie partielle doivent être étendues au maximum, tandis que les indications de la laryngectomie totale doivent être de plus en plus limitées. La laryngectomie commencera par une laryngo-fissure d'exploration.

La laryngectomie partielle réclame une anesthésie locale parfaite de la cavité laryngée. Elle sera pratiquée par décollement sous-périchondral interne et décortication du larynx. L'exérèse de la tumeur et des tissus environnants sera aussi large que possible ; on peut enlever dans un larynx ce que l'on veut, mais le cartilage thyroïde ne sera réséqué que s'il est envahi par le cancer.

Le pansement en cigare de gaze réalise l'hémostase et établit un barrage utile en séparant le pharynx des voies aériennes inférieures.

L'acte chirurgical doit être complété par les applications de radiothérapie profonde. Les rayons X bien filtrés, et appliqués selon une technique précise et rigoureuse, ne donnent pas des accidents de chondro-radio-nécrose. C'est une erreur.

Les appareils externes de radium semblent devoir être, dans l'avenir, le procédé de choix comme traitement post-opératoire du cancer du larynx.

— **Jacques (Nancy).** Je désire insister, pour ma part, avec les deux orateurs, sur un

point de technique, j'entends la nécessité d'un tamponnement serré de la cavité laryngée : l'hémostase opératoire ne donne qu'une sécurité trompeuse ; il faut assurer, d'une façon certaine, l'hémostase post-opératoire si l'on veut éviter la broncho-pneumonie.

— **Sargnon (Lyon).** En 1922, nous avons présenté une série de cas de laryngofissure glottique, sans résection du cartilage. Les résultats fonctionnels variaient suivant l'importance de la résection des parties molles. Tous ces malades sont actuellement guéris.

12° Tarneaud (Paris). — Photographies du larynx provenant de la collection du Dr Garel, éditées par le procédé de la photocopie.

M. Garel m'a prié de vous présenter une série de photographies du larynx qui proviennent de son importante collection de stéréogrammes.

Sur ma demande, la Société de Photocopie a bien voulu les éditer et les réunir en un film, d'intérêt à la fois documentaire et didactique.

Ce film comprend 13 textes et 49 illustrations qui peuvent être examinées par transparence, ou mieux, par projection.

13° Bonnet-Roy (Paris). — Une tumeur rare du plancher buccal.

Observation d'une tumeur du volume d'un œuf de pigeon, siégeant dans la région sub-linguale droite d'où elle fut énucléée sans aucune difficulté et qui, à l'examen, présentait les caractères histologiques d'un gliome périphérique bénin ou Schwannome (Examen du Dr Rubens-Duval).

14° Kowler (Menton). — La lampe à rayons ultra-violet de onde courte serait à écarter du traitement local de la tuberculose laryngée.

Vu les résultats incertains obtenus avec les lampes productrices de rayons U. V. artificiels, d'onde courte, résultats confirmés par le Professeur Worms, du Val-de-Grâce, l'auteur ne critique ni la forme, ni le fonctionnement de ces lampes, mais dit que, *a priori*, le caractère seul, nocif, de ces rayons à onde courte, doit les faire écarter du traitement local de la tuberculose laryngée ; parce que : 1) elles forment un spectre LINÉAIRE en opposition du spectre CONTINU du soleil ; 2) à cause de la toxicité particulière de ces rayons, due à cette discontinuité de leur spectre qui présente, en outre, des rayons dits ABORTIFS ; 3) par suite de l'antagonisme modérateur d'autres rayons manquants, ces lampes ne produisant, uniquement, que des rayons à onde courte. Il préconise le traitement par les lampes à arc dans les pays où le soleil est rare. Il conclut : seuls, pour réfléchir le faisceau lumineux, les appareils à réflexion simple peuvent faire bénéficier la laryngite tuberculeuse de la cure solaire ou para-solaire.

15° Caboche (Paris). — Traitement de certaines céphalées par l'effluvation de haute fréquence.

L'auteur a obtenu de très beaux résultats par cette méthode dans les céphalées liées aux sinusites aiguës. La cessation de la douleur et la guérison sont, pour ainsi dire, constantes. Les phénomènes douloureux disparaissent très rapidement, souvent dès les premières séances, vraisemblablement par un mécanisme de décongestion, aboutissant

parfois à une véritable débâcle purulante. Dans les céphalées des sinusites chroniques, l'action sédative existe aussi, mais ne dure pas, en raison même des lésions qui persistent et commandent une intervention chirurgicale. La méthode prend plus d'importance encore lorsqu'elle s'adresse aux algies crânio-faciales d'origine nasale, sans sinusite, algies à irradiations lointaines (nuque, vertex, région orbitaire, auriculaire, etc.) s'accompagnant d'insomnies, de poussées vertigineuses, de causalgie faciale, de perte de mémoire, d'obnubilation intellectuelle. La haute fréquence a donné à l'auteur, dans ces cas, des succès remarquables : soit qu'elle agisse par action sédative, directe, sur les terminaisons nerveuses du trijumeau, soit que, par l'intermédiaire des fibres du sympathique, elle fasse cesser la congestion des terminaisons nerveuses intranasales et cutanées du trijumeau, congestion qui conditionnerait la douleur. L'effluviation a été pratiquée en applications externes et intra-nasales.

16° Gault (Dijon). — Quelques considérations sur le rôle des amygdales palatines.

1) Malgré la multiplicité des travaux publiés, les fonctions des amygdales sont encore bien mal connues.

2) Si les cliniciens constatent, dans la presque majorité des cas, les bons effets, tant au point de vue local qu'au point de vue général, de l'ablation des amygdales chroniquement enflammées ou hypertrophiées, par contre, un certain nombre de physiologistes ou d'histo-physiologistes, se basant sur les réactions du tissu lymphoïde, discutent l'utilité de cette ablation.

3) Autant la pathologie amygdalienne est riche et variée chez l'homme, tant au point de vue local qu'au point de vue général, autant elle est réduite, sinon nulle, chez la plupart des autres vertébrés : cheval, bœuf, lapin, etc..., d'après l'observation des vétérinaires.

4) Il importerait de réunir tous faits pouvant éclairer le rôle de cet organe qui, fonctionnellement nul à la naissance et dans les premières années, s'accroît, dans la majorité des cas, jusqu'à la fin de l'adolescence, puis régresse et s'atrophie, mais, d'autres fois, persiste jusqu'à un âge avancé ; qui, chez beaucoup de sujets, charge très lourdement le livret sanitaire de l'enfant, de l'adolescent et même de l'adulte : et qui, chez d'autres, n'existe pas ou à peine, ne conditionnant cependant aucun trouble par déficit de fonction.

5) C'est par des recherches méthodiques, basées sur l'organogenèse, l'anatomie comparée, la physiologie, la pathologie comparée, grâce aux observations et à l'expérience des cliniciens, histophysiologistes et vétérinaires, mettant en commun les résultats de leurs recherches, que l'on peut espérer jeter quelque jour sur cette question encore si mal connue du rôle et de la pathologie générale des amygdales.

— **Kœnig (Paris).** J'ai eu l'occasion de voir une jeune malade avec un abcès péri-amygdalien. J'avais l'intention de l'ouvrir le lendemain, mais l'abcès s'étant ouvert spontanément, ma seconde visite fut inutile. Or, deux jours après, la malade était en pleine septicémie à laquelle elle succomba deux mois environ plus tard.

17° Jacques (Nancy). — L'ulcère scrofuleux de la gorge.

Je suis presque tenté de m'excuser de revenir aujourd'hui sur un sujet que j'ai abordé plusieurs fois déjà ici même. Je ne puis le considérer pourtant comme épuisé tant qu'il

y subsistera quelque obscurité, tant que l'accord n'aura pas été réalisé sur ce point de la nosologie. Je serai, du reste, aussi bref que possible.

Précisons, si vous le voulez, la valeur des termes.

Notre collègue Breyre, de la Société belge, me demandait, l'an dernier, si je faisais rentrer la tuberculose laryngée dans les tuberculoses chroniques de la gorge, curables par l'iode. Cela me prouve que le titre choisi pour ma précédente communication prêtait à l'ambiguïté. Prenant le vocable « Gorge » dans son acception familière de fond de la bouche, ou, plus scientifiquement, de région du pharynx et de l'isthme du gosier, j'excluais, dans mon esprit, les lésions bacillaires chroniques de l'organe vocal.

L'expression d'ulcère scrofuleux que j'adopte aujourd'hui, en dépit de sa consonance vieillotte, me paraît le mieux approprié à la manifestation que je veux décrire, et que des observateurs tels qu'Isambert et Morell-Mackenzie avaient confondue avec lupus ; tandis que l'Ecole Lyonnaise n'y veut voir aujourd'hui qu'une simple modalité de la syphilis gonmeuse, peut-être le terme d'angine scrofuleuse ulcéreuse serait-il plus explicite encore.

Il s'agit, en effet, vous le savez, d'une inflammation destructive à début insidieux, à marche lente, à foyers le plus souvent multiples, développés dans les tonsilles et leur voisinage immédiat. Je n'en relaterai pas les caractères cliniques, tant subjectifs qu'objectifs ; je l'ai fait assez dans des publications antérieures. Rappelons seulement que, né en tissu amygdalien, l'ulcère ne devient véritablement douloureux que lorsqu'il a franchi les limites de l'agglomération lymphoïde et mordu sur le voile ou ses piliers.

J'insisterai, par contre, sur les notions tirées de l'étiologie et de l'histologie pathologique.

La tuberculose, et spécialement ses manifestations pleuro-pulmonaires, se retrouvent dans les antécédents personnels et familiaux des malades de façon constante. Mais il semble bien que la chaîne ganglionnaire cervico-thoracique intervienne comme voie de contamination des amas lymphoïdes de la muqueuse pharyngée. Une fois, j'ai vu l'adénopathie cervicale, avec des caractères pseudo-néoplasiques, précéder de quelques mois la manifestation pharyngée. L'observation est assez curieuse pour être relatée ici.

Observation. — Le sujet en est une femme de 65 ans, petite et maigre, mais de tempérament robuste, qui vit apparaître en octobre dernier un chapelet de ganglions durs en arrière du sternomastoldien droit ; puis quelques semaines plus tard, un noyau plus volumineux et de consistance ligneuse vint à soulever la partie moyenne du muscle. Ce dernier ganglion adhérait fortement aux tissus ambiants et se mobilisait à peine. Des tiraillements douloureux irradiaient autour de lui, gênant les mouvements de rotation de la tête.

Un minutieux examen des cavités buccale et pharyngée ne révélait rien d'autre qu'une gingivite pyorrhéique banale : l'avulsion de dents malades supprima, d'ailleurs, la gingivite sans modifier l'adénite. En revanche, la rhinoscopie montrait au niveau du méat moyen droit un léger suintement louche, et la diaphanoscopie une opacité nette de l'antre maxillaire correspondant.

Soupçonnant, en raison de l'âge de la malade, de l'évolution des accidents et des caractères de l'adénopathie une dégénérescence maligne de la muqueuse antrale, je prélevai au début de février, sous cocaïne, l'un des ganglions cervicaux indurés aux fins de biopsie. Or, le microscope mit en évidence un commencement de caséification avec follicules tuberculeux typiques.

A la suite de cette intervention exploratrice la chaîne ganglionnaire subit un certain degré de régression ; mais quinze jours plus tard, apparurent sur l'amygdale gauche de petites ulcérations à caractère torpide et indolentes. Un mois après, les ulcères tonsillaires

avaient conflué en une nappe recouvrant toute l'amygdale et commençant à mordre sur les piliers, en provoquant une vive dysphagie.

Un essai de traitement par les caustiques locaux ayant échoué entre les mains du médecin traitant, je crus devoir instituer la thérapeutique iodurée habituelle par voie interne. A la fin d'avril, la fosse amygdalienne gauche apparaissait en grande partie évidée, à fond livide, uni, voilé d'une fine membrane cicatricielle, tandis que les piliers, encore rouges et érodés, n'offraient pas d'échancrure appréciable ; la dysphagie et l'otalgie avaient beaucoup diminué. Le 10 mai toute gêne avait cédé, la cicatrisation était complète, sans asymétrie vésicale, sauf une faible bride au point de convergence supérieur des piliers. La chaîne ganglionnaire n'était plus perceptible ; l'antre maxillaire avait repris sa transparence et la malade, un certain embonpoint.

L'épreuve sérologique de la syphilis n'avait pas été pratiquée chez cette malade. En revanche j'ai fait systématiquement rechercher l'infection spécifique chez divers malades de mon service atteints d'ulcères tuberculeux du pharynx confirmés par la biopsie et, chez la majeure partie d'entre eux, la réaction fut positive.

Les faits ne sont pas encore assez nombreux pour autoriser des conclusions formelles : syphilis et tuberculose sont des affections si répandues et si tenaces, que leur coexistence peut être tenue légitimement comme fortuite. Je ne pense pas, pourtant, qu'il ne s'agisse ici que de coïncidence.

Est-ce à dire pour cela que je souscrive aux vues des dermatologistes lyonnais et mette au compte de la seule vérole les ulcères pharyngés torpides que guérit l'iode ?

Ce serait vraiment faire trop bon marché des affirmations formelles de l'histopathologie et de l'enseignement à tirer du passé des malades. Les antécédents morbides, l'allure clinique des lésions, leur prédilection pour les formations lymphoïdes, l'adénopathie satellite et, par-dessus tout, le microscope montrent à l'évidence que nous avons affaire à une lésion bacillaire de nature. Le B. W. établit que dans une forte proportion de cas elle évolue sur un terrain syphilitisé. Et cela explique la malignité atténuée des lésions, peut-être aussi l'efficacité de la cure iodurée de terrain.

Aussi serais-je tenté d'admettre, même dans les cas de séro-diagnostic négatif, l'ingérence d'une syphilis acquise ou héritée, dans la production des ulcères tuberculeux bénins de la gorge, et c'est pourquoi le vieux terme d'angine scrofuleuse me paraît digne d'être repris pour désigner une forme de tuberculose de la muqueuse de la gorge avec une acception sensiblement distincte de celle que lui attribuaient Mackenzie et Bazin.

Un point resterait toutefois à élucider : l'iode à l'intérieur, si actif contre les manifestations de ce type, agit-il comme antisiphilitique ou comme antibacillaire ? Pour vérifier la première hypothèse, il faudrait recourir à l'épreuve expérimentale et substituer à l'iode les préparations hydrargiques, arsenicales ou bismuthiques isolées.

18^e Terracol. — La notion de « douleurs rapportées » dans le diagnostic des céphalées.

Relation de plusieurs cas où le siège de la douleur tendant à la recherche de la lésion dans les territoires nerveux correspondant, ces recherches restaient négatives. Exposé des diverses théories pathogéniques permettant d'expliquer ces localisations paradoxales et soulignant leur importance dans le diagnostic toujours difficile des céphalées.

Les récentes idées de Foerster sur les voies de la sensibilité douloureuse semblent apporter des éléments nouveaux dans la solution de certains problèmes évoluant sur les terrains mitoyens de la neurologie et de l'oto-rhino-laryngologie.

— **Aubriot (Nancy).** Je me demande si, dans des cas analogues, à ceux qu'apporte mon ami Terracol, on ne serait pas fondé à faire intervenir le sympathique, soit essentiellement, soit, et je ne sais si cette idée est orthodoxe, au titre d'agent de liaison entre nerfs craniens ou entre nerfs craniens et rachidiens. Je me rappelle, en effet, le cas d'une de mes opérées d'évidement pétro-mastoldien, chez qui l'attouchement au cours des pansements, d'un point précis, provoquait des douleurs violentes irradiées dans tout le membre supérieur correspondant, dans la sphère du cubital en particulier. En même temps, se développait sur le cou et la partie supérieure du thorax une éruption ortiée en plaques. Je n'ai jamais pu obtenir de ce phénomène une explication satisfaisante. J'aimerais connaître l'opinion sur ce sujet, du P^r Terracol ; ces phénomènes paraissent donner quelque vraisemblance à son hypothèse.

— **Caussé (Paris).** J'ai eu l'occasion d'examiner de nombreux malades du type de ceux auxquels M. Terracol a fait allusion. L'examen de ces malades m'a montré constamment l'existence d'un syndrome polynévritique, plus ou moins riche, englobant toujours le VIII, parfois le VII et aussi le VI. Ces atteintes nerveuses demandent à être recherchées, car certaines d'entre elles peuvent demeurer entièrement silencieuses, en particulier celles frappant le nerf vestibulaire (Ramadier). Aussi, je me demande, si, plutôt que d'imaginer une hypothèse telle que celle proposée par M. Terracol, on ne doit pas plutôt penser à l'existence d'un syndrome de la pointe du rocher.

— **Jacques (Nancy).** M. Terracol a abordé une question très intéressante et d'interprétation difficile. Si les relations mutuelles et topographiques des nerfs craniens expliquent certains faits, je serais assez tenté d'incriminer, avec Aubriot, les filets sympathiques péri-vasculaires. Quant à l'explication donnée à l'Etranger visant à l'ingérance de troubles circulatoires au voisinage du ganglion de Gasser, il me paraît difficile de l'admettre en l'absence de toute réaction du côté du nerf si susceptible de la VI^e paire.

— **Caboche (Paris)** rappelle un cas d'otite moyenne aiguë au cours duquel, chez un enfant, sont apparues des douleurs oculaires identiques à celles dont a parlé M. Terracol. Or, ce malade guérit sans complications. Il ne faut donc pas généraliser l'explication pathogénique ni l'indication de gravité pronostique qui viennent d'être données. La valeur clinique du symptôme dépend des autres signes qui l'accompagnent au même titre que les névralgies dentaires au cours des otites, dont j'ai rapporté plusieurs exemples, et qui tantôt se terminent par méningite, et parfois guérissent sans complications.

— **Gault (Dijon).** Les faits intéressants rapportés par notre collègue corroborent en quelque sorte, ou du moins présentent des analogies avec une théorie déjà ancienne, celle de la centro-thérapie de Bonnier.

— **Vernet (Paris).** La question si souvent renouvelée de la sensibilité pouvant appartenir au sympathique ne peut être abordée que sur un terrain de parfaite clarté. Il n'est pas de discussion possible sur le fait que le sympathique est un nerf essentiellement vasomoteur. Aucune preuve n'a pu être retenue d'une sensibilité propre à ce nerf. L'expérience bien connue, rapportée par le P^r Terracol, ne tient pas compte de ce fait que, dans le plexus péri-vasculaire, existent des fibres sensitives issues des nerfs craniens ou rachidiens, en un mot du plexus brachial sectionné dans ce cas, et qui n'appartiennent pas en propre au sympathique. Chacun sait que, dans les ganglions sympathiques, on trouve des filets d'emprunt issus des nerfs sensitifs et des nerfs moteurs bulbo-médullaires. L'essentiel est de différencier, dans un but de clarté et de compréhension, des phénomènes végét-

tatifs, les fonctions essentielles des principaux nerfs. Et devant la complexité des réactions du sympathique, en particulier, il convient de ne pas s'égarer sur des propriétés parfaitement incertaines ou d'un ordre négligeable, comme pour les fibres sensitives d'emprunt, du facial par exemple.

— **Terracol (Montpellier).** Je répondrai à M. Caussé que le ganglion de Gasser ne saurait être incriminé dans les faits rapportés, et qu'il ne s'agit pas de phénomènes ostéitiques ou méningitiques au contact de la pointe du rocher. Car dans ce cas, le VI serait pris ; or, il faut distinguer le syndrome de Lannois-Gradenigo et les troubles nerveux auxquels je fais allusion, l'appareil moteur oculaire reste intact. M. Gault rappelle les idées de Bonnier, et il est actuellement évident, en tenant compte de certaines exagérations dues à une généralisation excessive, qu'elles répondaient à des faits exacts et souvent vérifiés dans la pratique courante. Je suis entièrement d'accord avec le Pr Jacques et mon ami Aubriot pour admettre, dans la question, un élément sympathique, soit par le cordon lui-même, soit par le plexus péri-artériel.

19^e Hicquet (Bruxelles). — Les algies hétérolatérales des sinusites.

L'auteur rapporte quatre cas où les phénomènes réactionnels de la lésion sinusienne se manifestaient du côté opposé à la sinusite. Les manifestations homolatérales sont connues, les phénomènes croisés sont plus rares. Il s'agissait de quatre cas de sinusite maxillaire, et les phénomènes disparurent rapidement par ponction et lavages du sinus malade. Les phénomènes consistaient deux fois en algie hétérolatérale, une fois en spasme de l'orbiculaire des paupières et une fois en larmolement. Les quatre fois, le sinus maxillaire droit était en cause. Il ne saurait être question d'algie psychique, mais de lésions somatiques. Deux explications sont retenues. A côté des lésions marquées et nettes à droite, il pouvait exister de l'infection catarrhale des sinus du côté opposé, lésions qui passent inaperçues, ou sont difficilement diagnostiquables ; ou bien d'algie centrale à réflectivité périphérique, en admettant qu'il y ait un centre de la douleur avec entrecroisement bilatéral. Ces deux hypothèses ne sont pas encore bien solides et la pathogénie reste obscure.

— **Sir Dundas Grant (Londres).** D'après Onodi, la grande cellule ethmoïdale postérieure passe parfois par-dessus la cellule sphénoïdale jusqu'à l'autre côté, donnant ainsi des phénomènes de compression. Le traitement du sinus maxillaire peut, dans ces cas, avoir une influence favorable sur la cellule ethmoïdale postérieure et diminuer la pression hétérolatérale.

— **Bertein (Lyon).** Le larmolement au cours d'une sinusite peut s'expliquer par compression de l'orifice d'abouchement du sinus dans la fosse nasale par le cornet moyen tuméfié. D'autre part, le larmolement s'explique simplement par les relations intimes entre le trijumeau irrité et le nerf de la sécrétion des larmes.

— **Jacques (Nancy).** L'impression qui ressort de l'examen des observations qui nous sont soumises est que nous avons affaire à des accidents d'ordre réflexe. Or, j'ai observé dans les antrites maxillaires unilatérales chroniques un œdème plus ou moins marqué de la région périinfundibulaire du côté sain. Je considère que nous avons affaire à des troubles vaso-moteurs de nature sympathique.

— **Barraud (Lausanne).** En voyant systématiquement tous les sténosés du canal lacrymal, nous avons constaté que les 5/6 des sténosés sont des sténoses inférieures. Il

s'agit d'une sténose mécanique par gonflement de la muqueuse ou gonflement de la tête du cornet qui comprime le canal lacrymal à sa sortie dans le méat inférieur. Dans ces cas, j'ai l'habitude de faire une petite résection de la tête du cornet inférieur et le résultat en est presque toujours la guérison. L'hétérolatéralité s'explique assez facilement, car dans une sinusite, même unilatérale, il est presque constant d'observer un gonflement dans les deux cavités nasales.

— **Guisez (Paris).** On peut expliquer la douleur dans le sinus opposé de la façon suivante. L'ethmoïde étant toujours malade en cas de sinusite frontale, et cela dans sa totalité, même si la sinusite est unilatérale, le canal naso-frontal du côté opposé peut se trouver obstrué. Chacun sait qu'un sinus frontal fermé est presque toujours douloureux. En outre, une cellulite ethmoïdale est souvent douloureuse, et l'on sait que ces cellules peuvent envahir la portion inférieure du sinus frontal. Ces raisons suffisent pour expliquer la douleur opposée dans la sinusite frontale unilatérale.

20° Jessen (Copenhague). — Sur le traitement chirurgical des sinusites frontales.

Jessen expose la méthode d'opération (indiquée par le chef de service, Dr S. H. Mygind) dont on se sert dans le service oto-laryngologique de l'hôpital municipal de Copenhague, et qui consiste en une combinaison de la méthode externe et de la méthode endonasale.

L'incision est faite très petite dans l'ombre du sourcil. Très petite brèche dans la paroi antérieure du sinus frontal. On peut rendre la brèche plus longue, ce qui nous permet d'inspecter, de sonder, et de traiter le sinus, mais jamais il ne faut rendre la brèche plus large, ce qui est nuisible au résultat cosmétique.

La curette de Halle est introduite du côté du sinus jusqu'à ce que nous puissions la voir dans la fosse nasale. Sous le contrôle de l'œil nous enlevons toutes les cellules ethmoïdales se trouvant devant la curette. Les bougies de Ritter, au calibre de plus en plus gros, sont introduites de haut en bas du sinus à la fosse nasale et vice-versa de la fosse nasale jusqu'au sinus. Et tout cela toujours sous le contrôle de l'œil, jamais à l'aveugle. Par là nous obtenons une large communication.

Bien sûr, si nous avons à faire à des complications (abcès, ostéite, méningite) il faut rendre l'incision plus longue et la brèche plus large, mais tout de même nous suivons nos règles qui disent : incision aussi petite que possible (ce qui n'est pas toujours une petite incision), brèche aussi étroite que possible, élargissement du canal sous le contrôle de l'œil, traitement après l'opération avec des bougies pendant des mois, de sorte qu'on puisse dire que même dans ces cas-là nous suivons la méthode, bien qu'elle soit accommodée à la situation.

Mais, avec l'opération la lutte contre la sinusite n'est pas encore terminée. Alors nous entamons un traitement très minutieux. Six jours après l'opération nous introduisons par le canal nasofrontal les bougies de Ritter de la fosse nasale jusqu'au sinus et nous refaisons pendant des mois ce procédé, au commencement tous les deux jours, plus tard de plus en plus rarement.

Les avantages de la méthode sont ceux qui suivent :

- 1° Le sinus peut être inspecté et contrôlé ;
- 2° La méthode est inoffensive comparativement aux interventions intra-nasales ;
- 3° Le résultat cosmétique est très beau à cause de la petite cicatrice qui se cache dans l'ombre du sourcil et de la petite brèche osseuse.

Le plus grand avantage de notre méthode c'est qu'on peut s'en servir pour la trépanation exploratrice, car, malgré toutes nos ressources, il est très souvent impossible de dire si nous avons à faire à un sinus normal ou pathologique.

Aucune radiographie, aucune ponction, aucune opération par voie nasale ne peuvent remplacer l'opération directe qui nous donne de la façon la plus évidente le diagnostic indiscutable.

Les très bons résultats de 38 opérés (examinés de un à cinq ans après l'opération) sont discutés. Le résultat cosmétique aussi est très beau, ce qui dans cette intervention d'incision externe est de la plus grande importance.

Des photographies des opérés sont montrées.

— **Jacques (Nancy).** Le procédé que nous décrit M. Jessen s'apparente de très près avec celui d'Ogs on Luc. Encore faut-il que l'antra frontal soit de dimensions faibles ou moyennes et de structure non compliquée. Quand il existe des prolongements profonds ou des diverticules, je doute qu'une ouverture, même large, de la paroi antérieure suffise à assurer la désinfection totale, indispensable même avec drainage entretenu. En pareil cas, la résection du toit orbitaire dans la totalité de l'étendue de la cavité frontale me semble un complément nécessaire.

21^o Sir Dundas Grant. — L'élément nasal dans l'étiologie et la thérapeutique de l'asthme paroxystique.

Dixon, Bro lie et Ranson ont établi, par expérimentation directe, sur l'animal décérébré, que la stimulation de la muqueuse nasale, surtout à la partie postéro-supérieure de la cloison, est suivie par la contraction de la bronchiole. Il s'ensuit que chez un malade de constitution asthmatique, une stimulation de cette région doit avoir des résultats semblables. En effet, la fréquence de l'association de conditions pathologiques intranasales dans l'asthme paroxystique est bien connue.

Dans le *Practitioner* (juin 1913, décembre 1927 et juillet 1929) l'auteur a fait une analyse de nombreux cas de la classe hospitalière avec les résultats du traitement intranasal. Il a dernièrement étudié une série de 15 cas de sa clientèle privée avec des résultats intéressants : 9 guérisons, 3 grandes améliorations (traitement incomplet). Une amélioration considérable (traitement incomplet), 2 résultats inconnus.

Pour la plupart, c'est autour du cornet moyen que notre attention doit être dirigée, autant chez l'enfant que chez l'adulte. Chez l'enfant, l'enlèvement de la tête du cornet exige des précautions spéciales qui sont exposées dans la communication. Tout en envisageant la disposition asthmatique, comme l'explosif, il faut reconnaître l'influence des conditions intranasales comme détonateur, et chercher à les corriger dans l'espoir bien fondé de soulager et même de guérir de nombreux asthmatiques.

22^o — Discussion du Rapport de MM. Dutheillet de Lamothe et Sourdille.

— **Texier (Nantes).** Il ne faut proposer une opération portant sur le sinus frontal qu'après avoir épuisé toutes les ressources d'un traitement médical bien conduit. Quand il faudra intervenir, je reste toujours partisan du traitement endonasal, et au besoin, je n'opère que par étapes successives. Les auteurs partagent, je crois, cette opinion. Ne gardons, en effet, que pour des affections bien définies, l'opération endonasale de Dutheillet de Lamothe, ou l'opération exonasale de Sourdille.

— **Koenig (Paris)**. Il ne faut pas méconnaître l'importance du terrain sympathicotonique sur lequel évoluent les accidents. C'est ce terrain qui explique les récides des céphalées, trop fréquentes après les interventions ; aussi, quand on intervient, faut-il être très prudent, et ne pas promettre au malade une guérison définitive.

— **Guisez (Paris)** a jadis publié une quarantaine d'observations où la simple résection d'une tête de cornet ou de la bulle ethmoïdale a amené la cessation complète des douleurs frontales. Il attribue ces douleurs, soit à l'obstruction du canal naso-frontal, soit à des troubles circulatoires vaso-congestifs.

— **Halphen (Paris)**. A entendre les rapporteurs, on croit que le plus souvent toute céphalée frontale conduit à une intervention endo ou exonasale. Or je crois que la plupart des algiques peuvent guérir sans intervention. Ces douleurs ont des caractères bien particuliers. Nous les rencontrons principalement chez des femmes à système neuro-végétatif perturbé. Si nous touchons au stylet la tête du cornet moyen, la queue du cornet ou la paroi antérieure du sinus sphénoïdal, nous réveillons la douleur avec tous ses caractères. Et si nous touchons les mêmes régions avec un porte-coton imprégné de mélange de Boinain, ces douleurs s'atténuent, disparaissent, d'abord au niveau de la nuque, puis du vertex, des oreilles et du front. Je ne dis pas que ces malades sont guéris, ils sont soulagés. Mais si nous recommençons la même manœuvre à deux ou trois reprises, avec trois ou quatre jours d'intervalle entre chaque séance, la guérison peut être définitive. Si cette thérapeutique avait échoué, il serait toujours temps de réséquer la partie postérieure du cornet moyen. Comment agit le badigeonnage ? Sans doute en décongestionnant la pituitaire, décongestionnant l'infundibulum et la muqueuse des sinus.

— **Dideburry (Paris)**. La migraine est une céphalée frontale qui peut coexister avec toutes les autres céphalées, car son début est toujours infantile. Le diagnostic de migraine se fait en mettant en évidence des périnévrites superficielles. La migraine se distingue des autres céphalées chroniques par les caractères suivants : elle est infantile, unilatérale, diurne et non fébrile.

— **Guns (Louvain)**. Il me semble que les corapporteurs trouvent trop facilement des contre-indications au procédé endonasal par lequel on peut, cependant, guérir beaucoup de sinusites frontales chroniques, à la condition de le pratiquer suivant la technique de Van den Mildern, lequel insiste sur la trépanation large du plancher du sinus frontal. Quant au danger que cette méthode peut faire courir à la lame criblée, il faut bien reconnaître que l'on a tendance à l'exagérer. Van den Waldenherg qui a pratiqué 350 fois cette opération n'a jamais eu d'accidents.

— **Viéla (Toulouse)**. Sans méconnaître la valeur des procédés endonasaux, je dois dire combien la voie externe me paraît digne de retenir l'attention. Je l'ai vue maintes fois employer par le Pr Escat et toujours avec les meilleurs résultats. D'un même coup nous intervenons par la voie transorbitaire, à la fois sur le massif facial et sur le sinus frontal. Les avantages de cette méthode sont : garantie à peu près absolue contre les infections orbito-oculaires ; possibilité de traiter en même temps les lésions maxillo-sphénoïdales ; exantération totale du massif ethmoïdal sous le contrôle direct de la vision ; résultat esthétique le plus souvent très satisfaisant.

— **Citelli (Catane)** se borne à observer que les rapporteurs n'ont pas mentionné la méthode chirurgicale, externe, de Citelli, laquelle est avant tout exploratrice et donne

la guérison en presque tous les cas subaigus et dans la moitié des cas chroniques. Cette méthode est infiniment plus simple que celle de MM. Mygind et Jessen ; son résultat esthétique est parfait.

— **Tarneaud (Paris)** rapporte l'observation d'une femme souffrant depuis de longues années de violentes céphalées à type fronto-orbitaire ; il n'y avait absolument aucun signe de sinusite et la résection des cornets inférieur et moyen n'amena qu'une sédation momentanée de la douleur. Le Pr Sicard consulté, pensa qu'il s'agissait de sympathalgie et conseilla la section de l'artère temporale du côté de la douleur. Le résultat fut excellent. La malade demeure parfaitement guérie depuis 4 ans. Je connais un autre cas identique. Ces faits montrent la difficulté de certains diagnostics de céphalées fronto-orbitaires et l'importance de la thérapeutique appropriée.

— **Lemaitre (Paris)**. Les rapporteurs soulignent nos hésitations entre la voie externe et la voie endonasale, en ce qui concerne le traitement des sinusites compliquées ou non de phénomènes douloureux.

Or, je crois que la méthode de Halle (Berlin) citée dans le rapport peut modifier nos hésitations. Halle, en effet, utilise la voie endonasale suivant une technique vraiment chirurgicale. Il procède par dissection sous-muqueuse sur la paroi externe des fosses nasales, comme nous le faisons en chirurgie endoséptale. Telle est, je crois, la méthode de l'avenir.

— **Lafite-Dupont (Bordeaux)**. Il existe des névralgies frontales avec affection nasale atténuée. Dans ces cas, la guérison peut être obtenue par la sidération du nerf sous-orbitaire ou du nasal combinée avec un traitement intra nasal médical.

Nous avons repris, ici, en 1927, l'anatomie de l'aggenasi. Nous avons conclu de cette étude que la meilleure méthode, pour aborder le sinus frontal, était de commencer l'attaque de la lèvre antérieure du canal naso-frontal, de détruire, chemin faisant, les cellules de l'aggenasi et, par ce moyen, d'arriver à atteindre le plancher du sinus frontal. Nous avons montré des couteaux boutonnés pour la lèvre antérieure de l'aggenasi et des curettes spéciales pour l'effondrement des cellules de l'aggenasi.

23^e Escat et Viéla (Toulouse). — Ostéo-angiotripsie appliquée à certaines hémorragies récidivantes de l'artère de la cloison.

Ce procédé d'hémostase, d'indication exceptionnelle, s'impose contre les hémorragies par rupture d'artérioles intra-osseuses de la lame perpendiculaire de l'ethmoïde et particulièrement de l'artère nourricière du vomer, dans la résection sous-muqueuse portant sur la moitié postérieure du septum, et dans les perforations traumatiques, pathologiques ou chimiques. Sa technique, très simple, consiste dans un rapprochement par écrasement extemporané des deux tables de la cloison osseuse, exercé à la hauteur du foyer hémorragique et simplement sur le bord de la brèche, à l'aide d'une pince robuste mais non tranchante, telles la pince nasale à fibromes à mors dentés d'Escat, la pince à épistaxis munie d'un écrou de serrage, du même auteur, et, à la rigueur, avec toute pince endo-nasale susceptible de réaliser un écrasement.

24^e Saignon et Parthiot (Lyon). — Contribution à l'étude de la paralysie du moteur oculaire externe dans les sinusites de la face.

L'étude des complications orbito-oculaires des sinusites a été très poussée pendant ces dernières années, surtout les complications fluxionnaires ou suppurées. Les paralysies

sont plus rares. Le moteur oculaire commun qui affecte les rapports étroits avec le système sphéno-ethmoïdal est le plus fréquemment atteint. La paralysie du moteur oculaire externe est beaucoup plus rare. Les auteurs rapportent l'observation d'une dame de 30 ans qui, à la suite d'une grippe, a eu de la polysinusite aiguë à gauche, avec exophtalmie par fluxion de l'orbite et paralysie de la VI^e paire. L'intervention d'urgence sur les sinus frontaux et maxillaires amena en 48 heures la guérison de la fluxion et de la paralysie. Il est possible que, dans ce cas, les accidents oculaires soient dus à la sinusite postérieure très probable. Parmi les paralysies de la VI^e paire publiées, il y a des cas de diagnostic très douteux. Ainsi le cas très complexe de Panas avait été précédé d'un zona thoracique. Le cas de Richter paraît d'origine syphilitique ; par contre, un certain nombre de cas semblent nets. Peut-être qu'en associant davantage les données de l'oculistique et de la rhinologie, on trouverait un plus grand nombre de cas.

25^e Barbey (Genève). — Chromage électrolytique et muqueuse nasale.

Il résulte d'une enquête faite à Genève en 1929, que les chromeurs, comme les autres ouvriers travaillant dans une atmosphère chromée, présentent très fréquemment des lésions ulcéraives endonasales. Ces lésions ulcéraives sont petites, d'aspect pathognomonique, très souvent multiples et de siège variable (septum cartilagineux, osseux, ou cornets inférieurs). L'évolution des lésions diffère suivant l'endroit où elles se produisent ; la localisation dépend de la forme et de la position anormales de la cloison dans le nez.

— **Van-Nieuvenhuysse (Roubaix)** a eu l'occasion d'observer des ouvriers travaillant dans une usine de fabrication de bichromate. Tous, après un certain temps, présentent, sans troubles fonctionnels, une perforation de la cloison. Celle-ci se produit très rapidement en une semaine.

— **Hennebert (Bruxelles)** signale qu'un confrère homéopathe de Bruxelles, a eu l'idée d'employer le chrome en dilution décimale, par os, contre le rhume des foins. Quelques-uns de ses malades, ont semblé grandement améliorés par cette méciation.

— **Barraud (Lausanne)**. En examinant le nez d'une femme qui vient de se poudrer, on voit que le dépôt de poudre se fait toujours au point indiqué par le D^r Barbey comme étant le siège des ulcérations chromiques.

26^e Bertein (Lyon). — Les troubles physiopathiques chez les anciens blessés de la face.

Les troubles physiopathiques, bien étudiés chez les blessés des membres, n'ont fait l'objet que de rares constatations chez ceux de la face. Une recherche systématique les mettrait plus souvent en évidence. L'auteur en rapporte 6 observations. Ils apparaissent tardivement après le traumatisme. Ils consistent objectivement en contractures, hémispasmes orbitaires ou zygomatiques, troubles oculo-pupillaires, désordres vaso-moteurs et sécrétoires des fosses nasales, notamment, atrophie pituitaire et cutanée. Pas n'est besoin, pour interpréter ces troubles, d'incriminer une atteinte directe du système sphéno-palatin ou gassérien, ni une névrite extensive. Ce sont des troubles du même ordre que l'atrophie réflexe de la cuisse consécutive à un traumatisme du genou, les fibres sympathiques particulièrement abondantes à la face, représentant la voie centrifuge du réflexe. On peut se demander si l'hypoacousie, les sensations vertigineuses accusées par des blessés de la région auriculaire, sans atteinte du rocher, par le projectile, ne sont pas parfois aussi

l'expression d'un trouble circulatoire labyrinthique, identique à celui constaté au niveau de la pituitaire.

— **Hennebert** (*Bruxelles*) a constaté, chez un de ses malades, ayant subi un traumatisme de la base du nez, et accusant une perte totale de l'odorat, une perte également absolue de la sensibilité de la muqueuse nasale. Cette anesthésie de la pituitaire avait dans le cas particulier, un intérêt pratique, le malade étant négociant en tabac et l'odorat lui étant indispensable dans sa profession.

— **Moulonguet** (*Paris*). Il me paraît difficile d'admettre l'identité entre le processus d'atrophie qui frappe le muscle quadriceps après traumatisme du genou et le processus d'atrophie de la muqueuse pituitaire après traumatisme nerveux de la face. Dans le premier cas, l'atrophie est causée par le non-fonctionnement du membre, comme le prouve la valeur préventive du massage. Dans le second cas, il faut certainement faire intervenir un phénomène d'irritation par compression des filets nerveux au niveau du foyer cicatriciel. Ce sont là d'ailleurs des phénomènes très obscurs. Expérimentalement, il est impossible de provoquer une atrophie durable de la muqueuse pituitaire. Il est probable que l'irritation du foyer traumatique déclenche un réflexe bulbaire qui descend par la voie centrifuge sympathique vers les vaisseaux de la muqueuse pituitaire.

— **Bertein** (*Lyon*). Je crois que le mécanisme réflexe expliquant les troubles physiopathiques chez les blessés d'un membre, est susceptible d'en rendre compte aussi au niveau de la face. On admet généralement que le seul repos d'un membre traumatisé ne saurait produire l'amaigrissement de la cuisse qui est très précoce après l'accident.

27° Constantin (Paris) et De Laroque (Marseille). — Diphtérie chronique avec otite mastoïdite et paralysie faciale.

Les auteurs publient l'observation d'un cas de diphtérie chronique, longtemps méconnue, ayant abouti à une otite avec mastoïdite, paralysie faciale diphtérique, parésie vélo-palatine. Ils attirent à nouveau l'attention sur ces diphtéries occultes qui entraînent des complications tardives et graves, en particulier des paralysies souvent incurables, comme en a déjà signalé l'un des auteurs. Ils insistent sur ce fait, vérifié par de nombreux cas, que les malades porteurs de germes diphtériques sont exposés aux mêmes dangers que les diphtéries avérées et ceci d'autant mieux que l'infection est plus ancienne, et que les complications s'installent lentement, jusqu'au jour où elles imposent un diagnostic tardif et un traitement souvent impuissant.

28° De Parrel (Paris). — La lecture sur les lèvres associée aux exercices acoustiques chez les sourds.

La lecture sur les lèvres ne doit pas être réservée aux sourds-muets ni aux sourds complets. Tous les déficients de l'audition ont intérêt à l'apprendre, parce que la totalisation mentale des impressions sonores et visuelles, même partielles, détermine une compréhension plus facile et rapide de la parole. Ce que n'entend pas l'oreille, l'œil le perçoit, et les images visuelles et auditives ainsi recueillies se complètent. Résultat pratique : le sourd comprend mieux ce qu'on lui dit. L'auteur énonce les principes directeurs de ces exercices labiaux-acoustiques associés dont voici les principaux :

1) Le professeur doit adapter l'intensité de sa voix au degré de surdité de l'élève, de telle sorte que ce dernier ne perçoive que quelques phénomènes au milieu d'un ensemble indistinct.

2) Le débit doit être celui de la parole courante, sans aucune exagération du mouvement de l'articulation.

3) La méthode synthétique est de rigueur : on procède au début par phrases simples, courtes, banales, répétées un grand nombre de fois pour en fixer le dessin labio-facial dans la mémoire de l'élève.

Après cette première série d'exercices faciles, on présente des phrases plus longues, groupées par sujets, et enfin on se livre à une véritable conversation. C'est une langue nouvelle à apprendre et il y faut du temps, de l'attention et de la persévérance. A l'appui de sa communication, l'auteur présente une sourde de naissance qui, grâce à des exercices méthodiques, de rééducation, parle très correctement, comprend tout ce qu'on lui dit et perçoit par l'oreille à quelques centimètres la voix haute.

— **Lafite Dupont (Bordeaux)** a pu observer la facilité relative de la lecture sur les lèvres chez les sourds de guerre qui, en trois mois, arrivaient quelquefois à se rééduquer. Il conseille l'initiation précocement à la lecture sur les lèvres aux surdités de pronostic fatal.

— **Liébault (Paris)**. D'après mon expérience pendant la guerre, je puis dire que l'enseignement de la lecture sur les lèvres est fort difficile et nécessite une patience extrême pour le professeur comme pour l'élève. De plus, j'ai toujours constaté que les demi-sourds apprenaient beaucoup plus difficilement et j'estime que les restes d'audition sont un obstacle d'autant plus grand qu'ils n'ont plus importants.

— **De Parrel (Paris)**. Chez les sourds acquis il faut compter en moyenne trois mois pour apprendre assez couramment la méthode, à la condition de prendre une leçon par jour avec répétition des exercices à domicile. Les aptitudes des élèves sont extrêmement variables et nullement en raison directe de leur intelligence. Il est très important pour le professeur de ne pas exagérer les gestes et l'articulation et de suivre le rythme habituel de la parole courante.

230 **Gaillard (Lyon)**. — Contribution à l'étude de l'aphasie au cours des complications des otites suppurées.

L'aphasie sensorielle est considérée comme un des meilleurs signes de localisation des abcès du lobe temporo-sphénoïdal du côté gauche d'origine otique. On peut cependant l'observer au cours de simples mastoïdites avec ou sans abcès extra-duraux, comme le montre notre observation recueillie à la suite de quelques autres. Bien que d'autres symptômes et une aphasie interne faisaient redouter un abcès, sa recherche fut négative et le malade guérit complètement. L'aphasie dura un mois et demi, en s'améliorant lentement, mais ne laissa aucune séquelle. Il est probable que dans ces cas le symptôme est dû à une encéphalite inflammatoire de voisinage qui peut, d'ailleurs, n'être que le premier stade d'un abcès.

300 **Julius Lempert (New-York)**. — La mastoïdectomie endaurale complète avec un rapport sur les 553 cas opérés par cette méthode.

Cette opération est pratiquée dans les cas de mastoïdite aiguë suppurée. Elle diffère de l'ancienne opération classique en ceci qu'elle est pratiquée à travers le canal auditif externe, alors que l'opération classique est exécutée dans la région rétro-auriculaire. Elle présente les avantages suivants : pas de cicatrice derrière l'oreille, pas de récurrence de mastoïdite, la période de convalescence est moins longue et moins pénible. Enfin elle diminue la fréquence des complications post-opératoires.

— **Guns (Louvain).** En février 1928, à la Société Belge O. R. L., le Prof. Van den Wildenberg et moi-même, nous avons publié notre technique de cure des otorrhées chroniques par la voie du conduit. L'étroitesse du conduit ne doit pas faire rejeter, *a priori*, cette voie naturelle, car, après rugination du cartilage, le conduit s'élargit extraordinairement. Nous rejetons cette méthode en cas de mastoïdite aiguë, de thrombo phlébite, d'abcès encéphalique. Nous insistons sur la supériorité de l'anesthésie locale. Il y a lieu de remarquer que chez les évadés ainsi opérés, l'audition, dans beaucoup de cas, s'améliore beaucoup après l'opération.

— **Dutheillet de Lamothe (Limoges).** J'ai essayé ce procédé une quinzaine de fois sur le cadavre, mais je n'ai pas osé le faire sur le vivant. Il est indéniable que cette opération est beaucoup plus facile qu'on ne pourrait le croire. L'ablation de la paroi postérieure donne un jour considérable. De plus, on arrive directement sur la traînée cellulaire inter-sinuso-faciale, siège habituel des lésions. Ce procédé serait idéal en cas de mastoïde scléreuse, mais nous ne savons pas à l'avance quelle est la constitution cellulaire d'une mastoïde. Le plus souvent, les lésions sont très près de la corticale ; le pus sort dès les premiers coups de gouge. Dans les cas de cet ordre, je ne crois pas que la mastoïdectomie endaurale soit plus avantageuse que l'opération de Schwartze. Ce procédé classique donne habituellement de très bons résultats ; les accidents sont très rares. La voie externe donne plus de jour et répond mieux au desideratum chirurgical : voir le mieux et le plus complètement les lésions.

— **Molinié (Marseille).** Le procédé est-il applicable à l'enfant et dans les cas de fistule ?

— **Julius-Lempert (New-York).** Les 555 mastoïdectomies ont toutes été opérées avec la fraise électrique. Je n'ai jamais eu d'accident imputable à cet instrument qui donne plus de sécurité que le marteau et la gouge et qui choque moins le malade. La mastoïdectomie endaurale est applicable dans tous les cas de mastoïdite aiguë suppurée et dans toutes ses complications. Elle peut absolument remplacer la méthode de Schwartze. 139 nourrissons et 283 enfants ont été ainsi opérés. Quant au danger de blesser le sinus latéral chez les enfants, je répondrai qu'il est ici moindre qu'avec la méthode de Schwartze, parce que, dans mon procédé, les cellules mastoïdiennes sont enlevées d'avant en arrière, et que le sinus latéral se trouve visible entièrement. Tandis que dans la méthode de Schwartze, travaillant d'arrière en avant, on expose le sinus avant d'avoir enlevé toutes les cellules. La position anormale du sinus latéral, collé parfois contre la paroi postérieure du conduit auditif, rend souvent très difficile l'ouverture de l'antre dans la méthode de Schwartze. Mais dans ma méthode, cette disposition n'est jamais une source de danger, car le point de repère chirurgical, pour l'ouverture de l'antre, se trouve dans la paroi postéro-supérieure osseuse du conduit auditif externe où jamais le sinus ne se rencontre.

(A suivre).

Le Gérant : Bussière.

Saint-Amand (Cher). — Imprimerie R. Bussière. — 4-11-1930.

den
aro-
ori,
nai-
site,
lieu
mé-

e de
ette
aroi
inée
cas
tion
; le
que
Ce
très
cal :

is de

rées
qui
La
urée
rtze.
inus
rtze,
ière,
e de
utes
eure
ode
ger,
aroi
ntre.